

2026

# Prova di copertura

**Senior Whole Health of New York NHC**

**(HMO D-SNP)**

New York H5992-007-000

In vigore dal 1° gennaio al 31 dicembre 2026



Dal 1° gennaio al 31 dicembre 2026

## Prova di copertura per il 2026:

### Le sue prestazioni e servizi sanitari Medicare e la copertura dei farmaci come membro di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Questo documento fornisce i dettagli sulla copertura dei farmaci e Medicare dal 1° gennaio al 31 dicembre 2026. **Questo è un importante documento legale. Si prega di conservarlo in un luogo sicuro.**

Questo documento spiega le prestazioni e i diritti che la riguardano. Utilizzare questo documento per comprendere:

- Il nostro premio del piano e la partecipazione ai costi
- Le nostre prestazioni mediche e dei farmaci
- Come presentare un reclamo se non si è soddisfatti di un servizio o di un trattamento
- Come contattarci
- Altre tutele richieste dalla legge Medicare

**Per domande su questo documento, contattare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440. (Gli utenti TTY possono chiamare il numero 711). Dal 1° ottobre al 31 marzo gli orari sono: dalle 8:00 a.m. alle 8:00 p.m. ora locale, 7 giorni su 7. Dal 1° aprile al 30 settembre, dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 a.m. alle 8:00 p.m. ora locale. Questa chiamata è gratuita.**

Il piano Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) è offerto da Senior Whole Health of New York, Inc. (nella *Prova di copertura*, “noi”, “ci” o “nostro” indicano Senior Whole Health of New York, Inc., “piano” o “nostro piano” indicano Senior Whole Health of New York NHC [HMO D-SNP]).

Molina Healthcare è un piano C-SNP, D-SNP e HMO con un contratto Medicare. I piani D-SNP hanno un contratto con il programma statale Medicaid. La registrazione dipende dal rinnovo del contratto.

Senior Whole Health rispetta le leggi federali vigenti in materia di diritti civili e non attua discriminazioni in base a razza, etnia, origine nazionale, religione, sesso, età, disabilità mentale o fisica, stato di salute, fruizione di assistenza sanitaria, esperienza in materia di sinistri, anamnesi medica, informazioni genetiche, prove di assicurabilità, ubicazione geografica.

Questo documento è disponibile gratuitamente in spagnolo, cinese, arabo, coreano, russo, italiano, francese, creolo francese, yiddish, polacco, tagalog, bengalese, albanese, greco e urdu.

È possibile ottenere gratuitamente questo documento in una o più lingue diverse dall'inglese o in altri formati, come la stampa a caratteri grandi, il braille o l'audio. Chiamare il numero (833) 671-0440, (TTY: 711). La chiamata è gratuita.

Le prestazioni potrebbero cambiare in data 1° gennaio 2027.

Il prontuario, la rete di farmacie e/o la rete di fornitori possono cambiare in qualsiasi momento. Riceverà una notifica di eventuali modifiche che potrebbe riguardarla con almeno 30 giorni di anticipo.

H5992\_26\_007\_NY\_EOC\_C

**Indice dei contenuti****Indice dei contenuti**

<b>CAPITOLO 1: Come iniziare come membro .....</b>	<b>4</b>
SECTION 1 È membro del Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) .....	4
SEZIONE 2 Requisiti di ammissibilità al piano .....	5
SEZIONE 3 Materiale importante per i membri .....	6
SEZIONE 4 Riepilogo dei costi importanti .....	8
SEZIONE 5 Maggiori informazioni sul premio del suo piano mensile .....	12
SEZIONE 6 Mantenere aggiornato il record di iscrizione al nostro piano .....	13
SEZIONE 7 Come funzionano le altre assicurazioni con il nostro piano .....	13
<b>CAPITOLO 2: Numeri di telefono e risorse .....</b>	<b>15</b>
SEZIONE 1 Contatti di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) .....	15
SEZIONE 2 Ottenere assistenza da Medicare.....	18
SEZIONE 3 State Health Insurance Assistance Program (SHIP).....	19
SEZIONE 4 Organizzazione per il miglioramento della qualità (QIO).....	19
SEZIONE 5 Social Security.....	20
SEZIONE 6 Medicaid .....	21
SEZIONE 7 Programmi per aiutare le persone a pagare i loro farmaci su prescrizione .....	23
SEZIONE 8 Railroad Retirement Board (RRB).....	26
SEZIONE 9 Se ha un'assicurazione di gruppo o un'altra assicurazione sanitaria da un datore di lavoro.....	27
<b>CAPITOLO 3: Utilizzo del nostro piano per i servizi medici e altri servizi coperti .....</b>	<b>28</b>
SEZIONE 1 Cose da sapere su come ottenere assistenza medica e altri servizi come membro del nostro piano.....	28
SEZIONE 2 Utilizzo di fornitori della convenzione del piano per ricevere assistenza medica: e altri servizi.....	29
SEZIONE 3 Come ottenere i servizi in caso di emergenza, calamità o necessità di cure urgenti.....	33
SEZIONE 4 Cosa succede se le viene addebitato direttamente l'intero costo dei servizi coperti? .....	35
SEZIONE 5 Servizi medici in uno studio di ricerca clinica.....	36
SEZIONE 6 Regole per ricevere assistenza in un istituto di assistenza sanitaria religioso non medico ...	37
SEZIONE 7 Norme per la proprietà di apparecchiature mediche durevoli .....	38
<b>CAPITOLO 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto) .....</b>	<b>40</b>
SEZIONE 1 Comprendere i servizi coperti .....	40
SEZIONE 2 La tabella delle prestazioni mediche illustra le prestazioni e i costi delle prestazioni mediche.....	40
SEZIONE 3 Servizi coperti al di fuori di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) .....	82

**Indice dei contenuti**

SEZIONE 4	Servizi che non sono coperti da Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) <b>O</b> Medicaid .....	82
<b>CAPITOLO 5:</b>	<b>Utilizzo della copertura del piano per i farmaci della Parte D.....</b>	<b>85</b>
SEZIONE 1	Regole di base nel nostro piano per la copertura dei farmaci della Parte D .....	85
SEZIONE 2	Riempire la prescrizione presso una farmacia convenzionata o tramite il servizio di vendita per corrispondenza del nostro piano.....	86
SEZIONE 3	I farmaci devono essere inclusi nell'Elenco dei farmaci del piano .....	88
SEZIONE 4	Farmaci con restrizioni di copertura .....	90
SEZIONE 5	Cosa può fare se uno dei farmaci non è coperto come lei vorrebbe .....	91
SEZIONE 6	Il nostro Elenco dei farmaci può cambiare nel corso dell'anno.....	93
SEZIONE 7	Tipi di farmaci non coperti.....	95
SEZIONE 8	Come compilare una prescrizione .....	96
SEZIONE 9	Copertura dei farmaci della Parte D in situazioni particolari.....	96
SEZIONE 10	Programmi sulla sicurezza dei farmaci e sulla gestione dei farmaci .....	98
<b>CAPITOLO 6:</b>	<b>Quanto paga per i farmaci della Parte D.....</b>	<b>100</b>
SEZIONE 1	Quanto paga per i farmaci della Parte D .....	100
SEZIONE 2	Fasi di pagamento dei farmaci per i membri del Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) .....	102
SEZIONE 3	La Spiegazione delle prestazioni della Parte D spiega in quale fase di pagamento si trova	102
SEZIONE 4	La fase della franchigia .....	103
SEZIONE 5	La fase di copertura iniziale.....	104
SEZIONE 6	La Fase della copertura catastrofica .....	108
SEZIONE 7	Quanto paga per i vaccini della Parte D .....	108
<b>CAPITOLO 7:</b>	<b>Richiesta di pagamento della nostra quota di una fattura per servizi medici o farmaci coperti .....</b>	<b>110</b>
SEZIONE 1	Situazioni in cui dovrebbe presentare una richiesta di pagamento della nostra quota per i servizi o farmaci coperti.....	110
SEZIONE 2	Come chiederci di rimborsarla o di pagare una fattura che ha ricevuto .....	112
SEZIONE 3	Prenderemo in considerazione la sua richiesta di pagamento e diremo sì o no .....	113
<b>CAPITOLO 8:</b>	<b>I suoi diritti e responsabilità.....</b>	<b>114</b>
SEZIONE 1	Il nostro piano deve rispettare i suoi diritti e la sua sensibilità culturale.....	114
SEZIONE 2	Le sue responsabilità come membro del nostro piano.....	133
<b>CAPITOLO 9:</b>	<b>Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami) .....</b>	<b>134</b>
SEZIONE 1	Cosa fare in caso di problemi o preoccupazioni.....	134
SEZIONE 2	Dove ottenere maggiori informazioni e assistenza personalizzata .....	134
SEZIONE 3	Comprendere i reclami e i ricorsi Medicare e Medicaid.....	135

**Indice dei contenuti**

SEZIONE 4	Quale processo utilizzare per il suo problema .....	135
SEZIONE 5	Guida alle decisioni riguardanti la copertura e ai ricorsi .....	136
SEZIONE 6	Assistenza medica: Come chiedere una decisione sulla copertura o presentare un ricorso .....	138
SEZIONE 7	Farmaci della Parte D: Come chiedere una decisione sulla copertura o presentare un ricorso .....	149
SEZIONE 8	Come chiederci di coprire un ricovero ospedaliero più lungo se ritiene di essere dimesso troppo presto .....	157
SEZIONE 9	Come chiederci di continuare a coprire determinati servizi medici se ritiene che la sua copertura stia finendo troppo presto.....	161
SEZIONE 10	Portare il suo ricorso ai Livelli 3, 4 e 5 .....	165
SEZIONE 11	Come presentare un reclamo sulla qualità dell'assistenza, sui tempi di attesa, sul servizio clienti o su altre preoccupazioni .....	167
<b>CAPITOLO 10:</b>	<b>Cessazione dell'iscrizione al nostro piano .....</b>	<b>171</b>
SEZIONE 1	Come cessare l'iscrizione al nostro piano.....	171
SEZIONE 2	Quando può terminare la sua iscrizione al nostro piano? .....	171
SEZIONE 3	Come terminare l'iscrizione al nostro piano.....	174
SEZIONE 4	Fino al termine della sua iscrizione, dovrà continuare a ricevere i suoi articoli medici, servizi e farmaci attraverso il nostro piano .....	175
SEZIONE 5	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) deve terminare la sua adesione al nostro piano in determinate situazioni.....	175
<b>CAPITOLO 11:</b>	<b>Avvisi legali .....</b>	<b>177</b>
SEZIONE 1	Informativa sul diritto applicabile.....	177
SEZIONE 2	Informativa sulla non discriminazione .....	177
SEZIONE 3	Informativa sui diritti di surrogazione del Pagatore Secondario Medicare .....	177
<b>CAPITOLO 12:</b>	<b>Definizioni .....</b>	<b>178</b>

**Capitolo 1: Come iniziare come membro**

---

# CAPITOLO 1:

## Come iniziare come membro

### **SECTION 1    È membro del Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

---

#### **Sezione 1.1    È iscritto al piano Medicare per esigenze speciali Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

È coperto sia da Medicare che da Medicaid:

- **Medicare** è il programma federale di assicurazione sanitaria per le persone di età pari o superiore ai 65 anni, per alcune persone di età inferiore ai 65 anni con determinate disabilità e per le persone con malattia renale allo stadio terminale (insufficienza renale).
- **Medicaid** è un programma congiunto del governo federale e statale che aiuta con le spese mediche per alcune persone con redditi e risorse limitati. La copertura Medicaid varia a seconda dello stato e del tipo di Medicaid che ha. Alcune persone con Medicaid ricevono aiuto per pagare i loro premi Medicare e altri costi. Altre persone ottengono anche la copertura per servizi aggiuntivi e farmaci che non sono coperti da Medicare.

Ha scelto di ottenere l'assistenza sanitaria Medicare e la copertura dei farmaci attraverso il nostro piano, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Il nostro piano copre tutti i servizi della Parte A e della Parte B. Tuttavia, la partecipazione ai costi e l'accesso del fornitore in questo piano differiscono da Original Medicare.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) è un piano Medicare Advantage specializzato (un piano Medicare per esigenze speciali): le sue prestazioni sono progettate per le persone con esigenze sanitarie speciali. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) è progettato per le persone che hanno Medicare e che hanno anche diritto all'assistenza di Medicaid.

Poiché riceve assistenza da Medicaid con la partecipazione ai costi di Medicare Part A e Part B (franchigie, copayment e compartecipazioni), potrebbe non dover pagare nulla per i suoi servizi Medicare. Medicaid fornisce anche altre prestazioni coprendo servizi di assistenza sanitaria che di solito non sono coperti da Medicare. Inoltre, riceverà Extra Help da Medicare per pagare i costi dei farmaci Medicare. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) la aiuterà a gestire tutte queste prestazioni, in modo da ottenere i servizi di assistenza sanitaria e di pagamento a cui ha diritto.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) è gestito da una società privata. Come tutti i piani Medicare Advantage, questo piano Medicare per esigenze speciali è approvato da Medicare. Il nostro piano dispone inoltre di un contratto con il programma New York Medicaid per coordinare le sue prestazioni Medicaid. Siamo lieti di poterle offrire la copertura Medicare, compresa la copertura dei farmaci.

#### **Sezione 1.2 Informazioni legali sulla *Prova di copertura***

La presente *Prova di copertura* fa parte del nostro contratto in merito alla copertura delle sue cure con Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Altre parti del presente contratto includono il modulo di

## Capitolo 1: Come iniziare come membro

---

iscrizione, l'Elenco dei farmaci coperti (prontuario) e qualsiasi avviso ricevuto da noi in merito a modifiche alla copertura o alle condizioni che influiscono sulla copertura. Questi avvisi sono talvolta chiamati postille o modifiche.

Il contratto è in vigore per i mesi in cui è iscritto al Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) tra il 1° gennaio e il 31 dicembre 2026.

Ogni anno solare Medicare consente di apportare modifiche ai piani offerti. Ciò significa che possiamo modificare i costi e le prestazioni di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) dopo il 31 dicembre 2026. Possiamo anche scegliere di non offrire più il nostro piano nella sua area di servizio dopo il 31 dicembre 2026.

Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services) deve approvare il Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ogni anno. Può continuare ogni anno a ricevere la copertura Medicare come membro del nostro piano finché sceglieremo di continuare a offrire il nostro piano e Medicare ne rinnovi l'approvazione.

## SEZIONE 2 Requisiti di ammissibilità al piano

---

### Sezione 2.1 Requisiti di ammissibilità

*Ha diritto ad aderire al nostro piano purché soddisfi tutte le seguenti condizioni:*

- Ha sia Medicare Part A che Medicare Part B.
- Risiede nella nostra area geografica di servizio (come descritta nella Sezione 2.3 di seguito). Gli individui in stato di detenzione non sono considerati residenti dell'area geografica di servizio anche se fisicamente presenti in essa.
- Lei è un cittadino degli Stati Uniti o è legalmente residente negli Stati Uniti.
- Lei soddisfa i requisiti speciali di idoneità descritti di seguito.

### Requisiti di idoneità speciali per il nostro piano

Il nostro piano è progettato per soddisfare le esigenze delle persone che ricevono determinate prestazioni Medicaid (Medicaid è un programma congiunto del governo federale e statale che aiuta con le spese mediche per alcune persone con redditi e risorse limitati). Per avere diritto al nostro piano, è necessario avere diritto sia a Medicare che a Full Medicaid Benefits.

Nota: se si perde l'idoneità, ma si può ragionevolmente prevedere di riacquisirla entro 6 mesi, si è ancora idonei a diventare membri. Il Capitolo 4, Sezione 2.1, illustra la copertura e la partecipazione ai costi durante il periodo di presunta idoneità.

### SEZIONE 2.2 Medicaid

Medicaid è un programma congiunto del governo federale e statale che aiuta con i costi medici e di assistenza a lungo termine per alcune persone che hanno redditi e risorse limitati. Ogni Stato decide cosa conta come reddito e risorse, chi è idoneo, quali servizi sono coperti e il costo dei servizi. Gli Stati possono anche decidere come eseguire il loro programma purché seguano le linee guida federali.

Inoltre, Medicaid offre programmi per aiutare le persone a pagare i loro costi di Medicare, come per esempio i loro premi. Questi programmi di risparmio Medicare aiutano le persone con reddito e risorse limitati a risparmiare denaro ogni anno:

## Capitolo 1: Come iniziare come membro

---

- **Doppia idoneità alle prestazioni complete (FBDE):** un individuo che ha diritto a Medicare, non soddisfa i criteri di reddito o di risorse per QMB+ o SLMB+, ma è idoneo per la copertura Medicaid completa in modo categorico o attraverso gruppi di copertura facoltativi basati sullo stato di bisogno medico, livelli di reddito speciali per individui istituzionalizzati o rinunce a domicilio e basate sulla comunità.
- **Beneficiario qualificato di Medicare (QMB+):** contribuisce al pagamento dei premi Medicare Part A e Part B e di altri costi (come franchigie, compartecipazioni e copayment). Queste persone hanno anche diritto a prestazioni Medicaid complete.

### Sezione 2.3 Area di servizio del piano per Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Senior Whole Health of New York NHC è disponibile solo per le persone che vivono nell'area di servizio del nostro piano. Per rimanere un membro del nostro piano, è necessario continuare a risiedere nell'area di servizio del nostro piano.

La nostra area di servizio comprende queste contee di New York: Bronx, Kings, Nassau, New York, Orange, Queens, Richmond, Rockland e Westchester.

Se ha intenzione di trasferirsi in un nuovo stato, dovrebbe anche contattare l'ufficio Medicaid del suo stato e chiedere in che modo questa mossa influirà sulle sue prestazioni Medicaid. I numeri di telefono di Medicaid sono nel Capitolo 2, Sezione 6 del presente documento.

Se si sposta al di fuori dell'area di servizio del nostro piano, non può rimanere membro del nostro piano. Chiami il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) per sapere se abbiamo un piano nella sua nuova zona. Quando si trasferisce, avrà a disposizione un periodo di iscrizione speciale per passare a Original Medicare o iscriversi a un piano sanitario o farmacologico Medicare nella sua nuova zona di residenza.

Se si trasferisce o cambia indirizzo postale, è importante chiamare il Social Security. Chiami la previdenza sociale al numero 1-800-772-1213 (gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-800-325-0778).

### Sezione 2.4 Cittadino statunitense o con regolare residenza

Per potersi iscrivere a un piano sanitario Medicare è necessario essere cittadini degli Stati Uniti o essere legalmente residenti negli Stati Uniti. Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services) informerà Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) se lei non è idoneo a rimanere membro del piano in base a tale criterio. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) deve annullare la sua iscrizione se non soddisfa questo requisito.

## SEZIONE 3 Materiale importante per i membri

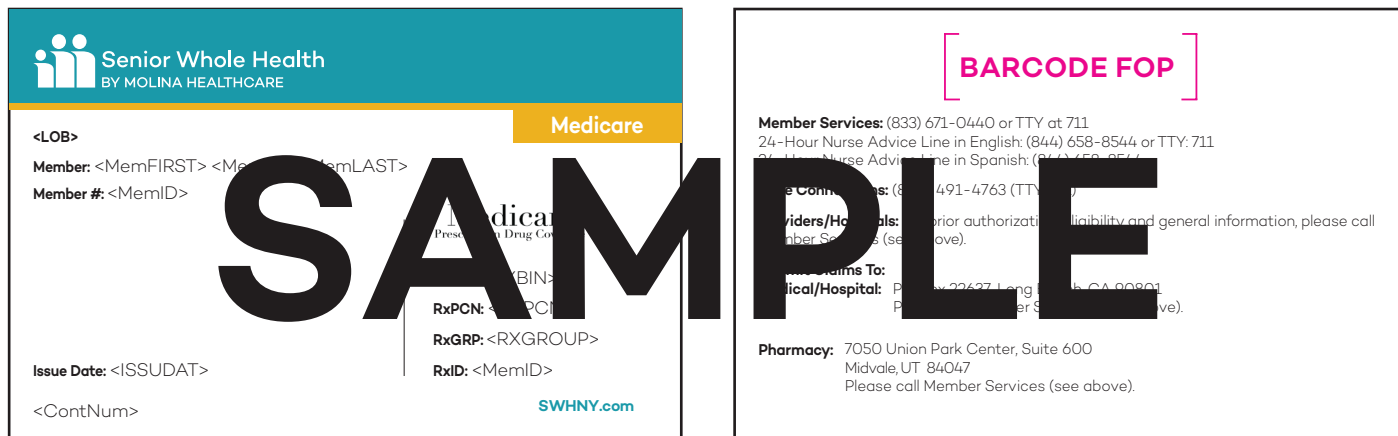
---

### Sezione 3.1 La nostra tessera di iscrizione al piano

Utilizzi la sua tessera di iscrizione ogni volta che usufruisce dei servizi coperti dal nostro piano e per i farmaci su prescrizione che acquista presso le farmacie convenzionate. Ricordi di mostrare sempre sia la tessera

## Capitolo 1: Come iniziare come membro

identificativa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) sia la tessera identificativa Medicaid ogni volta che si presenta per l'assistenza. Dovrebbe anche mostrare al fornitore la sua tessera Medicaid. Ecco un esempio di tessera di iscrizione per mostrarle come sarà la sua:



NON utilizzi la tessera Medicare rossa, bianca e blu per servizi medici coperti mentre è iscritto a questo piano. Se si utilizza la tessera Medicare anziché la tessera di iscrizione Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), potrebbe essere necessario pagare l'intero costo dei servizi medici da soli. Conservare la tessera Medicare in un luogo sicuro. Le potrebbe essere chiesto di mostrarla se ha bisogno di servizi ospedalieri, servizi di hospice o se partecipa a studi di ricerca clinica approvati da Medicare, chiamati anche studi clinici.

Se la tessera di iscrizione del suo piano è danneggiata, smarrita o rubata, chiami immediatamente il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) e le invieremo una nuova tessera.

### Sezione 3.2 Elenco dei fornitori/delle farmacie

L'*Elenco dei fornitori/delle farmacie* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) indica i nostri attuali fornitori convenzionati e i fornitori di apparecchiature mediche durevoli.

I **fornitori convenzionati** sono i medici e altri operatori sanitari, gruppi medici, fornitori di apparecchiature mediche durevoli, ospedali e altre strutture sanitarie che hanno un accordo con noi per accettare il nostro pagamento e qualsiasi partecipazione ai costi del piano come pagamento completo.

È necessario utilizzare i fornitori di rete per ottenere le cure e i servizi medici. Se si rivolge altrove senza un'autorizzazione adeguata, dovrà pagare per intero. Le uniche eccezioni sono le emergenze, i servizi di urgente necessità quando la convenzione non è disponibile (cioè in situazioni dove è irragionevole o non è possibile ottenere servizi in convenzione), servizi di dialisi fuori area e i casi in cui Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) autorizza l'uso di fornitori non convenzionati.

L'*Elenco delle farmacie* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) indica le nostre farmacie convenzionate.

**Le farmacie convenzionate** sono quelle farmacie che hanno accettato di fornire i farmaci coperti dal nostro piano ai nostri membri. Consulti l'*Elenco delle farmacie* per trovare la farmacia convenzionata che desidera utilizzare. Consulti il Capitolo 5, Sezione 2.5 per informazioni su quando è possibile utilizzare le farmacie che non fanno parte della rete del nostro piano. L'elenco più recente di fornitori e farmacie è disponibile sul nostro sito web all'indirizzo [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

## Capitolo 1: Come iniziare come membro

Se non dispone di un *Elenco dei fornitori/delle farmacie*, può richiederne una copia (in formato elettronico o cartaceo) al Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711). Gli elenchi di fornitori cartacei le saranno inviati entro 3 giorni lavorativi.

L'*Elenco delle farmacie* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) indica le nostre farmacie convenzionate. **Le farmacie convenzionate** sono quelle farmacie che hanno accettato di fornire i farmaci coperti dal nostro piano ai nostri membri. Consulti l'*Elenco delle farmacie* per trovare la farmacia convenzionata che desidera utilizzare. Consulti il Capitolo 5, Sezione 2.5 per informazioni su quando è possibile utilizzare le farmacie che non fanno parte della rete del nostro piano.

### Sezione 3.3 Elenco dei farmaci (*prontuario*)

Il nostro piano prevede un *Elenco dei farmaci coperti* (detto anche Elenco dei farmaci o prontuario). Indica quali farmaci su prescrizione sono coperti nella prestazione della Parte D inclusa in Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). I farmaci di questo elenco sono selezionati dal nostro piano con l'aiuto di medici e farmacisti. L'Elenco dei farmaci deve soddisfare i requisiti di Medicare. I farmaci con prezzi negoziati nell'ambito del Medicare Drug Price Negotiation Program saranno inclusi nell'Elenco dei farmaci, a meno che non siano stati rimossi e sostituiti come descritto nel Capitolo 5, Sezione 6. Medicare ha approvato l'Elenco dei farmaci di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

L'Elenco dei farmaci indica anche se esistono regole che limitano la copertura per un farmaco.

Le daremo una copia dell'Elenco dei farmaci. Per ottenere le informazioni più complete e aggiornate su quali farmaci sono coperti, visiti il sito web del piano ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)) o chiami il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (TTY 711).

## SEZIONE 4 Riepilogo dei costi importanti

	I suoi costi nel 2026
<b>Premio del piano mensile*</b> Il suo premio può essere superiore a questo importo. Per i dettagli, vedere la sezione 4.1.	\$0
<b>Importo del massimale di spesa viva</b> Questo è il <u>massimale</u> di spesa viva che pagherà per i servizi coperti della Parte A e della Parte B. (Per dettagli, vedere il Capitolo 4 Sezione 1.)	\$9,250 <b>Non è responsabile del pagamento di alcuna spesa per il massimale di spesa viva per i servizi coperti della Parte A e della Parte B.</b>
<b>Visite in ambulatorio di assistenza primaria</b>	\$0 a visita <b>Se ha diritto all'assistenza per la partecipazione ai costi di Medicare nell'ambito di Medicaid, paga \$0 a visita.</b>
<b>Visite specialistiche in ambulatorio</b>	\$0 a visita <b>Se ha diritto all'assistenza per la partecipazione ai costi di Medicare nell'ambito di Medicaid, paga \$0 a visita.</b>

**Capitolo 1: Come iniziare come membro**

	<b>I suoi costi nel 2026</b>
<b>Ricoveri ospedalieri</b>	<b>\$0</b>
	<b>Poiché ha diritto all'assistenza per la partecipazione ai costi di Medicare nell'ambito di Medicaid, paga \$0.</b>
<b>Franchigia per la copertura dei farmaci della Parte D</b> (Per dettagli, vedere il Capitolo 6 Sezione 4.)	La franchigia è di \$615. Se dispone di Extra Help, questa franchigia non si applica al suo caso. Il capitolo 6 contiene ulteriori dettagli sulla copertura e sulle limitazioni.
<b>Copertura dei farmaci della Parte D</b> Per i dettagli, vedere il Capitolo 6, comprese le fasi di franchigia annuale, copertura iniziale e copertura catastrofica).	<p style="text-align: center;"><b>Copayment durante la fase di copertura iniziale</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Farmaco di livello 1: \$0</b></p> <p><b>Farmaco di livello 2: \$0, \$1.60 o \$5.10 per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 per tutti gli altri farmaci per prescrizione.</b></p> <p><b>Farmaco di livello 3: \$0, \$1.60 o \$5.10 per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 per tutti gli altri farmaci per prescrizione.</b></p> <p><b>Farmaco di livello 4: \$0, \$1.60 o \$5.10 per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 per tutti gli altri farmaci per prescrizione.</b></p> <p><b>Farmaco di livello 5: \$0, \$1.60 o \$5.10 per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$1265 per tutti gli altri farmaci per prescrizione.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Farmaco di livello 6: \$0</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Fase della copertura catastrofica:</b></p> <p><b>Durante questa fase di pagamento, lei non paga nulla per i farmaci Parte D coperti.</b></p>

I costi possono includere quanto segue:

- Premio del piano (Sezione 4.1)
- Premio mensile Medicare Part B (Sezione 4.2)
- Penale per l'iscrizione tardiva Parte D (Sezione 4.3)
- Importo di rettifica mensile correlato al reddito (Sezione 4.4)
- Importo del Medicare Prescription Payment Plan (Sezione 4.5)

## Capitolo 1: Come iniziare come membro

---

### Sezione 4.1 Premio del piano

Come membro del nostro piano, paga un premio mensile. Per il 2026, il premio mensile del piano per *Senior Whole Health Complete Care (HMO D-SNP)* è di \$17.30.

Se riceve già assistenza da uno di questi programmi, **le informazioni sui premi contenute in questa Prova di copertura potrebbero non applicarsi al suo caso**. Le abbiamo inviato un inserto separato, dal titolo *Prova di copertura - Postilla per le persone che ricevono Extra Help per il pagamento dei farmaci su prescrizione* (noto anche come *Postilla di prestazione per le persone a basso reddito* o *Postilla LIS*), per informarla sulla sua copertura dei farmaci. Se non dispone di questo inserto, chiami il Servizio dei Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) e chiedi della *Postilla LIS*.

**In alcune situazioni, il premio del piano potrebbe essere inferiore.**

Il programma Extra Help aiuta le persone con risorse limitate a pagare i farmaci. Ulteriori informazioni su questi programmi sono disponibili nel Capitolo 2, Sezione 7. Se è idoneo, l'iscrizione a uno di questi programmi potrebbe ridurre il suo premio mensile del piano.

I premi di Medicare Part B e Part D variano a seconda del reddito. In caso di domande su questi premi, consulti la sua copia del manuale *Medicare & You 2026*, la sezione intitolata *Costo di Medicare 2026*. Può scaricare una copia dal sito web Medicare ([www.Medicare.gov/medicare-and-you](http://www.Medicare.gov/medicare-and-you)) o ordinare una copia cartacea al numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

### Sezione 4.2 Premio Mensile Medicare Part B

#### Molti membri sono tenuti a pagare altri premi Medicare

Oltre al pagamento del premio mensile del piano, alcuni membri sono tenuti a pagare altri premi Medicare. Come evidenziato nella Sezione 2 in alto, per poter beneficiare del nostro piano, è necessario mantenere la propria idoneità a Medicaid e disporre sia di Medicare Part A che di Medicare Part B. Per la maggior parte dei membri Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), Medicaid paga per il premio della Parte A (se non è idoneo automaticamente) e per il premio della Parte B.

**Se Medicaid non paga i suoi premi Medicare, è necessario che lei continui a pagare i premi Medicare per rimanere un membro del piano.** Ciò include il suo premio per Parte B. Può anche includere un premio per Parte A se lei non è idoneo per la Parte A senza premio.

### Sezione 4.3 Penale per l'iscrizione tardiva (LEP) alla Parte D

Poiché è doppiamente idoneo, il LEP non si applica, ma qualora perdesse tale status, potrebbe incorrere in un LEP. La penale per l'iscrizione tardiva della Parte D è un premio aggiuntivo che deve essere pagato per la copertura della Parte D se in qualsiasi momento dopo il termine del periodo di iscrizione iniziale, vi sia un periodo di 63 giorni o più consecutivi in cui non si disponeva della copertura della Parte D o di altri farmaci. La copertura dei farmaci su prescrizione accreditabile è una copertura che soddisfa gli standard minimi di Medicare poiché si prevede che paghi, in media, almeno quanto la copertura standard dei farmaci su prescrizione di Medicare. Il costo della penale per l'iscrizione tardiva dipende da quanto tempo è rimasto senza la Parte D o altra copertura di farmaci su prescrizione accreditabile. Dovrà pagare questa penale per tutto il tempo in cui disporrà della copertura della Parte D.

## Capitolo 1: Come iniziare come membro

---

**Non è** necessario pagare la penale per l'iscrizione tardiva alla Parte D se:

- Riceve Extra Help da Medicare per pagare i suoi farmaci.
- Ha trascorso meno di 63 giorni consecutivi senza una copertura valida.
- Ha avuto una copertura farmaceutica accreditabile attraverso un'altra fonte (come un ex datore di lavoro, un sindacato, TRICARE o la Veterans Health Administration [VA]). Il suo assicuratore o il suo dipartimento delle risorse umane le dirà ogni anno se la sua copertura dei farmaci è accreditabile. Potrebbe ricevere queste informazioni in una lettera o in una newsletter del piano. Conservi queste informazioni, perché potrebbe averne bisogno se in seguito aderisce a un piano farmacologico Medicare.
  - **Nota:** qualsiasi avviso deve indicare che ha avuto una copertura di farmaci su prescrizione credibile che dovrebbe pagare tanto quanto paga il piano di farmaci standard di Medicare.
  - **Nota:** le carte sconto sui farmaci su prescrizione, le cliniche gratuite e i siti web di sconti sui farmaci non costituiscono una copertura accreditabile per i farmaci su prescrizione.

**Medicare determina l'importo della penale per l'iscrizione tardiva alla Parte D.** Ecco come funziona:

- Innanzitutto, conta il numero di mesi interi in cui ha ritardato l'iscrizione a un piano farmacologico Medicare, dopo averne avuto diritto. Oppure conta il numero di mesi interi in cui non ha avuto una copertura di farmaci accreditabile, se l'interruzione della copertura è stata di 63 giorni o più. La penale è dell'1% per ogni mese in cui non ha avuto una copertura accreditabile. Ad esempio, se rimane 14 mesi senza copertura, la percentuale della penale sarà del 14%.
- Pertanto Medicare determina l'importo del premio mensile medio per i piani farmacologici Medicare a livello nazionale dell'anno precedente (premio base nazionale per i beneficiari). Per il 2025, l'importo medio del premio è stato di \$36,78. Tale importo potrebbe cambiare nel 2026.
- Per calcolare la sua penale mensile, moltiplichi la percentuale di penale e il premio mensile medio e poi arrotondi ai 10 centesimi più vicini. Nell'esempio qui, sarebbe il 14% per \$36,78, che equivale a \$5,15. Questo si arrotonda a \$5,20. L'importo si aggiungerebbe **al premio mensile per chi ha una penale per iscrizione tardiva alla Parte D.**

Tre cose importanti da sapere su questa penale mensile di iscrizione tardiva alla Parte D:

- **La penale può cambiare ogni anno**, perché il premio mensile medio può cambiare ogni anno.
- **Lei continuerà a pagare una penale** ogni mese per tutto il tempo in cui è iscritto a un piano che ha prestazioni di farmaci Medicare Part D, anche se cambia piano.
- Se ha meno di 65 anni ed è iscritto a un piano Medicare, la penale per l'iscrizione tardiva alla Parte D verrà reimpostata quando compirà 65 anni. Dopo i 65 anni, la penale per l'iscrizione tardiva della Parte D si baserà solo sui mesi in cui non si dispone di copertura dopo il periodo di iscrizione iniziale per l'invecchiamento in Medicare.

**Se non è d'accordo sulla penale per l'iscrizione tardiva alla Parte D, lei o il suo rappresentante potete chiedere una revisione.** In generale, è necessario richiedere questa revisione **entro 60 giorni** dalla data della prima lettera ricevuta che dichiara che lei deve pagare una penale per l'iscrizione tardiva. Tuttavia, se stava pagando una penale prima di aderire al nostro piano, potrebbe non avere un'altra possibilità di chiedere una revisione di tale penale per l'iscrizione tardiva.

## Capitolo 1: Come iniziare come membro

---

### Sezione 4.4 Importo di rettifica mensile correlato al reddito

Se si perde l'idoneità a questo piano a causa di variazioni di reddito, ad alcuni membri potrebbe essere richiesto di pagare un costo aggiuntivo per il loro piano Medicare, noto come importo di rettifica mensile correlato al reddito della Parte D (IRMAA). Il costo aggiuntivo viene calcolato utilizzando il suo reddito lordo rettificato modificato come riportato nella sua dichiarazione dei redditi dell'IRS di 2 anni fa. Se questo importo è superiore a un determinato importo, pagherà l'importo del premio standard e l'IRMAA aggiuntivo. Per maggiori informazioni sull'importo aggiuntivo che potrebbe dover pagare in base al suo reddito, visiti il sito [www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs](http://www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs).

Se deve pagare un importo aggiuntivo IRMAA, riceverà una lettera con le informazioni necessarie dalla previdenza sociale, non dal suo piano Medicare. L'importo extra verrà trattenuto dal suo assegno di Social Security, dal comitato per la pensione delle ferrovie o dall'ufficio di gestione del personale, indipendentemente dal modo in cui paga solitamente il premio del nostro piano, a meno che il suo prestazione mensile non sia sufficiente a coprire l'importo extra dovuto. Se la sua indennità non è sufficiente a coprire l'importo extra, riceverà una fattura da Medicare. **È necessario pagare l'IRMAA extra al governo. Esso non può essere pagato con il premio del piano mensile. Se non paga l'importo extra IRMAA verrà cancellato dal nostro piano e perderà la copertura dei farmaci su prescrizione.**

Se non è d'accordo sul pagamento dell'IRMAA, può chiedere al Social Security di rivedere la decisione. Per maggiori informazioni su come procedere, chiami la previdenza sociale al numero 1-800-772-1213 (gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-800-325-0778).

### Sezione 4.5 Importo di Medicare Prescription Payment Plan

Se partecipa al Medicare Prescription Payment Plan, ogni mese pagherà il premio del nostro piano (se ne ha uno) e riceverà una fattura dal piano sanitario o farmaceutico per i farmaci su prescrizione (anziché pagare la farmacia). La fattura mensile si basa su quanto dovuto per le prescrizioni mediche, più il saldo del mese precedente, diviso per il numero di mesi rimanenti dell'anno. Nel Capitolo 2 Sezione 7 è illustrato il Medicare Prescription Payment Plan. Qualora non fosse d'accordo con l'importo fatturato nell'ambito di questa opzione di pagamento, può seguire la procedura indicata nel Capitolo 9 per presentare un reclamo o fare ricorso.

## SEZIONE 5 Maggiori informazioni sul premio del suo piano mensile

---

### Sezione 5.1 Il premio mensile del piano non cambierà durante l'anno

Non ci è permesso modificare l'importo del premio mensile del nostro piano durante l'anno. Se il premio mensile del piano cambia per il prossimo anno, lo comunicheremo a settembre e il nuovo piano entrerà in vigore il 1° gennaio.

Se nel corso dell'anno diventasse idoneo o perdesse l'idoneità a Extra Help, la parte del premio del piano da pagare potrebbe subire variazioni. Se è idoneo per ricevere Extra Help per i costi di copertura dei farmaci, Extra Help pagherà una parte del premio mensile del suo piano. Se nel corso dell'anno dovesse perdere l'idoneità a Extra Help, dovrà iniziare a pagare l'intero premio mensile del piano. Ulteriori informazioni su Extra Help sono disponibili al Capitolo 2, Sezione 7.

## Capitolo 1: Come iniziare come membro

---

### SEZIONE 6 **Mantenere aggiornato il record di iscrizione al nostro piano**

---

Il suo documento di iscrizione contiene informazioni dal modulo di iscrizione, inclusi il suo indirizzo e il numero di telefono. Mostra la copertura del suo piano specifico, incluso il suo medico di base.

I medici, gli ospedali, i farmacisti e gli altri fornitori della convenzione del piano **utilizzano la sua cartella di iscrizione per sapere quali servizi e farmaci sono coperti**. Per questo motivo, è molto importante che ci aiuti a mantenere aggiornate le sue informazioni.

#### **Se ha riscontrato uno di questi cambiamenti, la preghiamo di informarci:**

- Modifiche al suo nome, indirizzo o numero di telefono
- Modifiche in qualsiasi altra copertura sanitaria (ad esempio da parte del datore di lavoro, del datore di lavoro del coniuge o del convivente, della retribuzione dei lavoratori o di Medicaid)
- Eventuali richieste di risarcimento per responsabilità civile, come ad esempio in caso di incidente automobilistico
- Se è ricoverato in una casa di cura
- Se riceve assistenza in un ospedale o in un pronto soccorso non convenzionato o fuori area
- Se la parte responsabile designata (come un caregiver) cambia
- Se partecipa a uno studio di ricerca clinica (**Nota:** non è tenuto a comunicare il suo piano relativo ad uno studio di ricerca clinica a cui intende partecipare, ma la incoraggiamo a farlo).

Può comunicare la variazione di una qualsiasi di queste informazioni chiamando il Servizio dei Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711). I membri possono creare un account My Senior Whole Health online per cambiare il proprio medico, aggiornare le informazioni di contatto, richiedere una nuova tessera identificativa, ricevere promemoria sanitari sui servizi di cui hanno bisogno o visualizzare la cronologia dei servizi. Visiti il sito <https://member.molinahealthcare.com/member/LoginNY> per creare o accedere al suo account di My Senior Whole Health.

È anche importante contattare il Social Security se si trasferisce o se modifica l'indirizzo postale. Chiami la previdenza sociale al numero 1-800-772-1213 (gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-800-325-0778).

### SEZIONE 7 **Come funzionano le altre assicurazioni con il nostro piano**

---

#### **Altre assicurazioni**

Medicare richiede la raccolta di informazioni su eventuali altre coperture mediche o farmacologiche del paziente, in modo da poter coordinare eventuali altre coperture con le prestazioni del nostro piano. Si tratta del cosiddetto **Coordinamento delle prestazioni**.

Una volta all'anno, le invieremo una lettera che elenca qualsiasi altra copertura medica o farmaceutica di cui siamo a conoscenza. Legga attentamente queste informazioni. Se tutto è corretto, non è necessario fare nulla. Se le informazioni non sono corrette o dispone di un'altra copertura non elencata, contatti il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711). Potrebbe essere necessario fornire il numero identificativo del membro del piano agli altri assicuratori (una volta confermata la loro identità) in modo che le fatture siano pagate correttamente e in tempo.

## Capitolo 1: Come iniziare come membro

---

Quando ha un'altra assicurazione (come la copertura sanitaria del gruppo del datore di lavoro), il regolamento di Medicare stabilisce se il nostro piano o la sua altra assicurazione deve pagare prima. L'assicurazione che paga per prima (il “pagatore primario”) paga fino ai limiti della sua copertura. L'assicurazione che paga per seconda (il “pagatore secondario”) paga solo se ci sono costi lasciati scoperti dalla copertura primaria. Il pagatore secondario potrebbe non pagare tutti i costi scoperti. Se ha un'altra assicurazione, informi il medico, l'ospedale e la farmacia.

Queste regole si applicano per la copertura del piano sanitario del datore di lavoro o del gruppo sindacale:

- Se si dispone di una copertura pensionistica, Medicare paga prima.
- Se la copertura del suo piano sanitario di gruppo si basa sul suo attuale impiego o su quello di un familiare, chi paga per primo dipende dalla sua età, dal numero di persone impiegate dal suo datore di lavoro e dal fatto che tu abbia Medicare in base all'età, alla disabilità o alla malattia renale allo stadio terminale (ESRD):
  - Se ha meno di 65 anni ed è disabile e lei (o il suo familiare) lavora ancora, il suo piano sanitario di gruppo paga prima se il datore di lavoro ha 100 o più dipendenti o almeno un datore di lavoro in un piano per più datori di lavoro ha più di 100 dipendenti.
  - Se ha più di 65 anni e se lei (o il suo coniuge o convivente) lavora ancora, il suo piano sanitario di gruppo paga prima se il datore di lavoro ha 20 o più dipendenti o almeno un datore di lavoro in un piano per più datori di lavoro ha più di 20 dipendenti.
- Se si dispone di Medicare a causa di ESRD, il piano sanitario di gruppo pagherà prima per i primi 30 mesi dopo essere diventato idoneo per Medicare.

Questi tipi di copertura di solito pagano prima per i servizi relativi a ciascun tipo:

- Assicurazione senza colpa (compresa l'assicurazione automobilistica)
- Responsabilità (inclusa assicurazione auto)
- Prestazioni per pneumoconiosi
- Retribuzione dei lavoratori

Medicaid e TRICARE non pagano mai per primi i servizi coperti da Medicare. Pagano solo dopo che Medicare e/o il gruppo di datori di lavoro hanno pagato i piani sanitari.

**Capitolo 2: Numeri di telefono e risorse**

# CAPITOLO 2:

## Numeri di telefono e risorse

**SEZIONE 1      Contatti di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

Per assistenza in merito a reclami, fatturazione o domande sulla tessera identificativa, si prega di chiamare o scrivere al Servizio per i Membri di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Saremo lieti di aiutarla.

**Servizio per i Membri – Informazioni di contatto**

<b>Chiami</b>	(833) 671-0440  Le chiamate a questo numero sono gratuite. Orari: 1 ottobre-31 marzo, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale, 7 giorni su 7; 1 aprile-30 settembre, dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale.  Il Servizio dei Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) offre anche servizi di interpretariato gratuiti disponibili per chi non parla inglese.
<b>TTY</b>	711  Questo numero richiede apparecchiature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parola.  Le chiamate a questo numero sono gratuite. Orari: 1 ottobre-31 marzo, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale, 7 giorni su 7; 1 aprile-30 settembre, dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale.
<b>Fax</b>	(310) 507-6186
<b>Scriva a</b>	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
<b>Sito web</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**Come chiedere informazioni riguardo una decisione sulla copertura o un ricorso in merito alla sua assistenza medica**

Una decisione di copertura è una decisione che prendiamo in merito alle prestazioni e alla copertura o all'importo che pagheremo per i servizi medici o i farmaci della Parte D. Un ricorso è un modo formale per chiederci di esaminare e modificare una decisione sulla copertura. Per ulteriori informazioni riguardo decisioni sulla copertura o ricorsi in merito alla sua assistenza medica o ai farmaci della Parte D, consulti il Capitolo 9.

**Capitolo 2: Numeri di telefono e risorse**

**Decisioni riguardanti la copertura e ricorsi per assistenza medica o farmaci della Parte D - Informazioni di contatto**

<b>Chiami</b>	(833) 671-0440 Le chiamate a questo numero sono gratuite. 7 giorni su 7, dalle 8 a.m. alle 5 p.m. ora locale
<b>TTY</b>	711 Questo numero richiede apparecchiature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parola. Le chiamate a questo numero sono gratuite. 7 giorni su 7, dalle 8 a.m. alle 5 p.m. ora locale
<b>Fax</b>	Imaging avanzato: (877) 731-7218; Trapianti (877) 813-1206; Ambulatorio medico/comportamentale (844) 251-1450; Ricovero (844) 834-2152; RX/Codici (866) 290-1309
<b>Scriva a</b>	Molina Healthcare Attn: Richiesta di copertura 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802  <b>Farmaci su prescrizione:</b> Attn: Medicare Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
<b>Sito web</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**Come presentare un reclamo sull'assistenza medica**

Può presentare un reclamo su di noi o su uno dei nostri fornitori di rete o farmacie, incluso un reclamo sulla qualità della sua assistenza. Questo tipo di reclamo non comporta controversie di copertura o di pagamento. Per ulteriori informazioni su come presentare un reclamo per la sua assistenza medica, consulti il Capitolo 9.

**Reclami per assistenza medica – Informazioni di contatto**

<b>Chiami</b>	(833) 671-0440 Le chiamate a questo numero sono gratuite. 7 giorni su 7, dalle 8 a.m. alle 5 p.m. ora locale
<b>TTY</b>	711 Questo numero richiede apparecchiature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parola. Le chiamate a questo numero sono gratuite. 7 giorni su 7, dalle 8 a.m. alle 5 p.m. ora locale

**Capitolo 2: Numeri di telefono e risorse****Reclami per assistenza medica – Informazioni di contatto**

<b>Fax</b>	(562) 499-0610
<b>Scriva a</b>	Molina Healthcare Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
<b>Sito web</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**Come richiederci di pagare le spese di assistenza medica o di farmaci ottenuti**

Se ha ricevuto una fattura o ha pagato per servizi (come una fattura del fornitore) che ritiene dovremmo pagare noi, potrebbe essere necessario richiederci il rimborso o il pagamento della fattura del fornitore. Per maggiori informazioni, consulti il Capitolo 7.

Se ci invia una richiesta di pagamento e rifiutiamo qualsiasi parte della sua richiesta, può presentare ricorso contro la nostra decisione. Per maggiori informazioni, consulti il Capitolo 9.

**Richieste di pagamento – Informazioni di contatto**

<b>Chiami</b>	(833) 671-0440 Le chiamate a questo numero sono gratuite. Dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale.
<b>TTY</b>	711 Questo numero richiede apparecchiature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parola. Le chiamate a questo numero sono gratuite. Dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale.
<b>Fax</b>	(866) 290-1309
<b>Scriva a</b>	Molina Healthcare Attn: Reparto farmacia 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047 <b>Farmaci su prescrizione:</b> Attn: Medicare Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
<b>Sito web</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**Capitolo 2: Numeri di telefono e risorse****SEZIONE 2 Ottenere assistenza da Medicare**

Medicare è il programma federale di assicurazione sanitaria per le persone di età pari o superiore a 65 anni, alcune persone di età inferiore ai 65 anni con disabilità e le persone con malattia renale allo stadio terminale (insufficienza renale permanente che richiede dialisi o un trapianto di rene).

L'agenzia federale responsabile di Medicare è il Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Questa agenzia stipula contratti con le organizzazioni Medicare Advantage, inclusi il nostro piano.

**Medicare - Informazioni di contatto**

<b>CHIAMI</b>	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Le chiamate a questo numero sono gratuite.</p> <p>24 ore su 24, 7 giorni alla settimana.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-877-486-2048</p> <p>Questo numero richiede apparecchiature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parola.</p> <p>Le chiamate a questo numero sono gratuite.</p>
<b>CHAT IN TEMPO REALE</b>	È possibile chattare in tempo reale all'indirizzo <a href="http://www.Medicare.gov/talk-to-someone">www.Medicare.gov/talk-to-someone</a> .
<b>SCRIVA A</b>	È possibile scrivere a Medicare all'indirizzo PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
<b>SITO WEB</b>	<p><a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ottenere informazioni sui piani sanitari e farmacologici Medicare nella sua zona, compresi i costi e i servizi offerti.</li> <li>• Trovare medici o altri fornitori di assistenza sanitaria che partecipano a Medicare.</li> <li>• Scoprite cosa copre Medicare, compresi i servizi di prevenzione (come screening, vaccini e visite annuali per la "salute").</li> <li>• Informazioni e moduli per i ricorsi di Medicare.</li> <li>• Ottenere informazioni sulla qualità dell'assistenza fornita da piani, case di cura, ospedali, medici, agenzie di assistenza sanitaria a domicilio, strutture di dialisi, assistenza in hospice, strutture di riabilitazione per pazienti ricoverati e ospedali per assistenza a lungo termine.</li> <li>• Cerchi siti web e numeri di telefono utili.</li> </ul> <p>È inoltre possibile visitare <a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a> per informare Medicare di eventuali reclami relativi a Senior Whole Health of New York NHC .</p> <p><b>Per presentare un reclamo a Medicare</b>, visiti il sito <a href="http://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint">www.Medicare.gov/my/medicare-complaint</a>. Medicare prende sul serio i suoi reclami e utilizzerà queste informazioni per contribuire a migliorare la qualità del programma Medicare.</p>

**Capitolo 2: Numeri di telefono e risorse****SEZIONE 3 State Health Insurance Assistance Program (SHIP)**

Il programma State Health Insurance Assistance Program (SHIP) è un programma governativo con consulenti qualificati in ogni Stato che offre gratuitamente assistenza, informazioni e risposte alle domande su Medicare. A New York, lo SHIP si chiama Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP).

Il programma Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) è un programma statale indipendente (non collegato a nessuna compagnia assicurativa o piano sanitario) che riceve denaro dal governo federale per fornire consulenza gratuita sull'assicurazione sanitaria locale alle persone con Medicare.

I consulenti HIICAP (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program) possono aiutarla a comprendere i suoi diritti Medicare, aiutarla a presentare reclami sulle sue cure o trattamenti medici e a risolvere i problemi con le fatture Medicare. I consulenti HIICAP (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program) possono anche aiutarla con domande o problemi Medicare e a comprendere le scelte del suo piano Medicare e a rispondere a domande sul cambio di piano.

**Informazioni sul programma Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (SHIP di New York) – Informazioni di contatto**

<b>Chiami</b>	(800) 701-0501
<b>Scriva a</b>	New York State Office for the Aging (NYSOFA) 2 Empire State Plaza, Agency Building #2 Albany, New York 12223-1251
<b>Sito web</b>	<a href="https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap">https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap</a>

**SEZIONE 4 Organizzazione per il miglioramento della qualità (QIO)**

Un'organizzazione per il miglioramento della qualità (QIO) designata che serve le persone con Medicare in ogni Stato. Per New York, l'Organizzazione per il miglioramento della qualità si chiama Livanta.

Livanta ha un gruppo di medici e altri operatori sanitari pagati da Medicare per controllare e contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza per le persone con Medicare. Livanta è un'organizzazione indipendente. Non è collegata al nostro piano.

È necessario contattare Livanta in una di queste situazioni:

- Ha un reclamo sulla qualità dell'assistenza ricevuta. Esempi di problemi di qualità dell'assistenza sono l'assunzione di farmaci sbagliati, l'esecuzione di esami o procedure non necessarie o una diagnosi errata.
- Pensa che la copertura per la sua degenza in ospedale stia finendo troppo presto.
- Pensa che la copertura per l'assistenza sanitaria a domicilio, l'assistenza in una struttura di assistenza infermieristica qualificata o i servizi CORF (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility) stiano finendo troppo presto.

**Capitolo 2: Numeri di telefono e risorse****Livanta (Organizzazione per il miglioramento della qualità di New York) – Informazioni di contatto**

<b>Chiami</b>	(866) 815-5440 Dal lunedì al venerdì dalle 9 a.m. alle 5 p.m. ora locale; fine settimana e festivi dalle 10 a.m. alle 4 p.m. ora locale.
<b>TTY</b>	711: Questo numero richiede apparecchiature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parola.
<b>Scriva a</b>	Livanta Programma BFCC-QIO Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450 Livanta
<b>Sito web</b>	<a href="https://www.livantaqio.cms.com/">https://www.livantaqio.cms.com/</a>

**SEZIONE 5 Social Security**

Il Social Security determina l'idoneità a Medicare e gestisce l'iscrizione a Medicare.

Il Social Security è anche responsabile di determinare chi deve pagare un importo extra per la copertura farmaceutica della Parte D perché ha un reddito più elevato. Se ha ricevuto una lettera dal Social Security che le dice che deve pagare l'importo extra e ha domande sull'importo o se il suo reddito è diminuito a causa di un evento che le cambia la vita, può chiamare il Social Security per richiedere una revisione della decisione.

Se si trasferisce o cambia il suo indirizzo postale, è importante comunicarlo al Social Security.

**Previdenza sociale – Informazioni di contatto**

<b>Chiami</b>	1-800-772-1213 Le chiamate a questo numero sono gratuite. Disponibile dalle 8 a.m. alle 7 p.m., dal lunedì al venerdì. È possibile utilizzare i servizi telefonici automatizzati del Social Security per ottenere informazioni registrate e svolgere alcune attività 24 ore al giorno.
<b>TTY</b>	1-800-325-0778 Questo numero richiede apparecchiature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parola. Le chiamate a questo numero sono gratuite. Disponibile dalle 8 a.m. alle 7 p.m., dal lunedì al venerdì.
<b>Sito web</b>	<a href="http://www.SSA.gov">www.SSA.gov</a>

**Capitolo 2: Numeri di telefono e risorse****SEZIONE 6 Medicaid**

Medicaid è un programma congiunto del governo federale e statale che aiuta con le spese mediche le persone con reddito e risorse limitati. Ogni stato decide cosa conta come reddito e risorse, chi è idoneo, quali servizi sono coperti e il costo dei servizi. Gli Stati possono anche decidere come eseguire il loro programma purché seguano le linee guida federali.

Inoltre, ci sono programmi offerti attraverso Medicaid che aiutano le persone con Medicare a pagare i loro costi Medicare, come i loro premi Medicare. Questi programmi di risparmio Medicare aiutano le persone con reddito e risorse limitati a risparmiare denaro ogni anno:

- **Doppia idoneità alle prestazioni complete (FBDE):** a volte, le persone possono avere diritto sia a una copertura limitata della partecipazione ai costi di Medicare che a prestazioni complete Medicaid.
- **Beneficiario qualificato di Medicare (QMB+):** contribuisce al pagamento dei premi Medicare Parte A e Parte B e di altri costi (come franchigie, compartecipazioni e copayment). Queste persone hanno anche diritto a prestazioni Medicaid complete.

Per essere un membro di questo piano, è necessario essere iscritti a Medicare e Medicaid e soddisfare tutti gli altri requisiti di idoneità al momento dell'iscrizione.

In caso di domande sull'assistenza fornita da Medicaid, contattare

**New York State's Medicaid Program – Informazioni di contatto**

<b>Chiami</b>	1-800-541-2831 dal lunedì al venerdì dalle 8 a.m. alle 8 p.m. il sabato dalle 9 a.m. all'1 p.m.
<b>TTY</b>	711  Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238 Questo numero richiede apparecchiature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parola.
<b>Scriva a</b>	Può scrivere al suo Local Department of Social Services (LDSS). L'indirizzo per il suo LDSS è disponibile al sito: <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm</a>
<b>Sito web</b>	<a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a>

I membri di Nassau County possono contattare il Dipartimento di previdenza sociale locale.

**Dipartimento di previdenza sociale di Nassau County**

<b>Chiami</b>	(516) 227-7474
<b>Scriva a</b>	Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656
<b>Sito web</b>	<a href="https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html">https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html</a>

**Capitolo 2: Numeri di telefono e risorse**

I membri di Westchester County possono contattare il Dipartimento di previdenza sociale locale.

<b>Dipartimento dei servizi sociali della contea di Westchester</b>	
<b>Chiami</b>	(914) 995-3333
<b>Scriva a</b>	White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
<b>Sito web</b>	<a href="http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices">http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices</a>

*The Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)* aiuta le persone iscritte a Medicaid in caso di problemi di assistenza o fatturazione. Possono aiutarla a presentare un reclamo o un ricorso con il nostro piano. Questo garante può aiutare gli iscritti ai piani Health and Recovery Plan (HARP) e Medicaid Managed Care (MMC) che ricevono supporto e servizi a lungo termine.

<b>Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) – Informazioni di contatto</b>	
<b>Chiami</b>	1-844-614-8800 dal lunedì al venerdì. Dalle 9 a.m. alle 5 p.m.
<b>TTY</b>	711 Questo numero richiede apparecchiature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parola.
<b>Scriva a</b>	<i>Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)</i> Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 EMAIL: <a href="mailto:ican@cssny.org">ican@cssny.org</a>
<b>Sito web</b>	<a href="http://www.icannys.org">www.icannys.org</a>

Gli Community Health Advocates (CHA) aiutano le persone iscritte a Medicaid in caso di problemi di assistenza o fatturazione. Possono aiutarla a presentare un reclamo o un ricorso con il nostro piano.

<b>Community Health Advocates (CHA) – Informazioni di contatto</b>	
<b>Chiami</b>	1-844-614-8800 dal lunedì al venerdì. Dalle 9 a.m. alle 5 p.m.
<b>TTY</b>	711 Questo numero richiede apparecchiature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parola.
<b>Scriva a</b>	Community Health Advocates (CHA) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 EMAIL: <a href="mailto:cha@cssny.org">cha@cssny.org</a>
<b>Sito web</b>	<a href="http://www.communityhealthadvocates.org">www.communityhealthadvocates.org</a>

**Capitolo 2: Numeri di telefono e risorse****Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP) – Informazioni di contatto**

<b>Chiami</b>	1-888-614-5400 dal lunedì al venerdì. Dalle 9 a.m. alle 7 p.m. dal giovedì al venerdì. Dalle 9 a.m. alle 4 p.m.
<b>TTY</b>	711 Questo numero richiede apparecchiature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parola.
<b>Scriva a</b>	Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 EMAIL: ombuds@oasas.ny.gov
<b>Sito web</b>	<a href="http://www.champny.org">www.champny.org</a>

Il Long Term Care Ombudsman Program dello Stato di New York aiuta le persone a ottenere informazioni sulle case di cura e a risolvere i problemi tra le case di cura e i residenti o le loro famiglie.

**The New York State Long Term Care Ombudsman Program – Informazioni di contatto**

<b>Chiami</b>	1-855-582-6769 dal lunedì al venerdì. Dalle 8 a.m. alle 4 p.m.
<b>Scriva a</b>	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 EMAIL: ombudsman@aging.ny.gov
<b>Sito web</b>	<a href="http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm">http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm</a>

**SEZIONE 7 Programmi per aiutare le persone a pagare i loro farmaci su prescrizione**

Il sito web Medicare ([www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs](http://www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)) fornisce informazioni su come ridurre i costi dei farmaci con prescrizione. I programmi elencati di seguito possono assistere le persone con reddito limitato.

**Extra Help da Medicare**

Poiché ha diritto a Medicaid, è idoneo e riceve “Extra Help” da Medicare per pagare i costi del suo piano per farmaci su prescrizione. Non deve fare altro per ottenere questo Extra Help.

Per domande sull’Extra Help, chiami il numero:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048;
- L’Ufficio per la previdenza sociale al numero 1-800-772-1213 tra le 8 a.m. e le 7 p.m. dal lunedì al venerdì. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-800-325-0778; oppure
- Il suo ufficio Medicaid statale (consulti la Sezione 6 di questo capitolo per le informazioni di contatto).

Se crede di aver pagato un importo errato per la sua prescrizione in farmacia, il nostro piano prevede una procedura per aiutarla a ottenere la prova dell’importo corretto del copayment. Se ha già le prove dell’importo giusto, possiamo aiutarla a dividerle con noi.

## Capitolo 2: Numeri di telefono e risorse

- Le migliori prove disponibili (BAE, Best Available Evidence) sono disponibili sul web all'indirizzo <https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae>. Le migliori prove disponibili (BAE) sono usate per determinare la prestazione a basso reddito di un membro. Il nostro reparto Servizio per i Membri e il reparto Farmacia identificano i casi in cui si applica la politica delle migliori prove disponibili (BAE). I membri possono inviare la documentazione BAE per stabilire l'idoneità all'indirizzo del Servizio per i Membri elencato nel Capitolo 2. Inoltre, è possibile contattare il Servizio per i Membri in caso di domande. Le forme accettabili di prova sono:
  - Lettera di aggiudicazione SSA
  - Avviso di aggiudicazione
  - Reddito di sicurezza supplementare

Quando riceveremo le prove che dimostrano il suo livello di copayment, aggiorneremo il nostro sistema in modo che lei possa pagare il copayment corretto quando riceverà la sua prossima prescrizione. In caso di pagamento eccessivo del copayment, il paziente verrà rimborsato con un assegno o con un futuro accredito del copayment. Se la farmacia non ha riscosso un copayment da lei e lo considera un suo debito, possiamo effettuare il pagamento direttamente alla farmacia. Se uno stato ha pagato per suo conto, potremmo effettuare il pagamento direttamente allo stato. In caso di domande chiami il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711).

La maggior parte dei nostri membri sono idonei e ricevono già Extra Help per pagare il piano per farmaci su prescrizione Medicare. Cosa succede se dispone di Extra Help e di una copertura da parte del programma State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP)?

Molti Stati offrono aiuto per il pagamento delle prescrizioni, dei premi dei piani farmaceutici e/o di altri costi dei farmaci. Se è iscritto a un programma State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP), Medicare Extra Help paga prima.

### EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage) (programma State Pharmaceutical Assistance Program di New York) – Informazioni di contatto

<b>Chiami</b>	(800) 332-3742 Dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 5 p.m. ora locale
<b>Scriva a</b>	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
<b>Sito web</b>	<a href="https://www.health.ny.gov/health_care/epic/">https://www.health.ny.gov/health_care/epic/</a>

### Cosa succede se dispone di Extra Help e di una copertura da parte di un AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?

Il programma AIDS Drug Assistance Program (ADAP) contribuisce a garantire l'accesso ai farmaci salvavita alle persone con HIV/AIDS. I farmaci Medicare Part D presenti anche nel prontuario ADAP sono idonei all'assistenza con partecipazione ai costi di prescrizione mediante le *informazioni ADAP specifiche* per lo Stato di New York.

**Nota:** per poter beneficiare dell'ADAP nel proprio Stato, le persone devono soddisfare determinati criteri, tra cui la prova della residenza nello Stato e dello stato di HIV, il basso reddito come definito dallo Stato e lo stato di non assicurato/sottoassicurato. Se cambia piano, informi il suo addetto alle iscrizioni ADAP locale in

**Capitolo 2: Numeri di telefono e risorse**

modo da poter continuare a ottenere assistenza. Per informazioni sui criteri di ammissibilità, sui farmaci coperti o su come iscriversi al programma, chiami il numero (800) 542-2437 o 1-844-682-4058.

**Programmi State Pharmaceutical Assistance Program**

Molti Stati hanno programmi di assistenza farmaceutica statale (State Pharmaceutical Assistance Program) che aiutano le persone a pagare i farmaci su prescrizione in base a necessità finanziarie, età, condizioni mediche o disabilità. Ogni Stato ha regole diverse per fornire una copertura dei farmaci ai propri Soci.

Nello Stato di New York, il programma statale di assistenza farmaceutica è l'*EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage)*.

**EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage) (programma State Pharmaceutical Assistance Program di New York) – Informazioni di contatto**

<b>Chiami</b>	(800) 332-3742 Dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 5 p.m. ora locale
<b>Scriva a</b>	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
<b>Sito web</b>	<a href="https://www.health.ny.gov/health_care/epic/">https://www.health.ny.gov/health_care/epic/</a>

**Medicare Prescription Payment Plan**

Il Medicare Prescription Payment Plan è un'opzione di pagamento che si affianca alla sua attuale copertura dei farmaci per aiutarla a gestire le spese vive per i farmaci coperti dal nostro piano, distribuendole nell'arco dell'**anno solare** (gennaio-dicembre). Chiunque abbia un piano farmacologico Medicare o un piano sanitario Medicare con copertura dei farmaci (come un piano Medicare Advantage con copertura per i farmaci) può utilizzare questa opzione di pagamento. **Questa opzione di pagamento può aiutarla a gestire le spese, ma non consente di risparmiare o ridurre i costi dei suoi farmaci. Se partecipa al Medicare Prescription Payment Plan e rimane nello stesso piano Parte D, la partecipazione sarà automaticamente rinnovata per il 2026.** L'Extra Help di Medicare e l'aiuto dello SPAP e dell'ADAP, per coloro che si qualificano, sono più vantaggiosi della partecipazione al Medicare Prescription Payment Plan. Per ulteriori informazioni su questa opzione di pagamento, chiami il Servizio dei Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) o visiti [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

**Medicare Prescription Payment Plan – Informazioni di contatto**

<b>Chiami</b>	(833) 671-0440 Le chiamate a questo numero sono gratuite. Orari: 1 ottobre-31 marzo, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale, 7 giorni su 7; 1 aprile-30 settembre, dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale. Il Servizio dei Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) offre anche servizi di interpretariato gratuiti disponibili per chi non parla inglese.
---------------	---

**Capitolo 2: Numeri di telefono e risorse****Medicare Prescription Payment Plan – Informazioni di contatto**

<b>TTY</b>	711 Questo numero richiede apparecchiature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parola. Le chiamate a questo numero sono gratuite. Orari: 1 ottobre-31 marzo, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale, 7 giorni su 7; 1 aprile-30 settembre, dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale.
<b>Fax</b>	(310) 507-6186
<b>Scriva a</b>	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
<b>Sito web</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**SEZIONE 8 Railroad Retirement Board (RRB)**

Il Railroad Retirement Board è un'agenzia federale indipendente che amministra programmi di prestazione completi per i lavoratori delle ferrovie della nazione e le loro famiglie. Se riceve il suo Medicare tramite il Railroad Retirement Board, è importante fargli sapere se si trasferisce o cambia il suo indirizzo postale. In caso di domande relative alle prestazioni offerte dal Railroad Retirement Board, contatti direttamente l'agenzia.

**Railroad Retirement Board (RRB) – Informazioni di contatto**

<b>Chiami</b>	1-877-772-5772 Le chiamate a questo numero sono gratuite. Prema “0” per parlare con un rappresentante RRB dalle 9 a.m. alle 3:30 p.m. il lunedì, martedì, giovedì e venerdì e dalle 9 a.m. alle 12 p.m. il mercoledì. Prema “1” per accedere all'HelpLine RRB automatizzato e alle informazioni registrate 24 su 24, inclusi i fine settimana e i giorni festivi.
<b>TTY</b>	1-312-751-4701 Questo numero richiede apparecchiature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parola. Le chiamate a questo numero non sono gratuite.
<b>Sito web</b>	<a href="https://RRB.gov">https://RRB.gov</a>

**Capitolo 2: Numeri di telefono e risorse**

---

**SEZIONE 9      Se ha un'assicurazione di gruppo o un'altra assicurazione sanitaria da un datore di lavoro**

---

Se lei (o il suo coniuge o convivente) ottiene prestazioni dal suo datore di lavoro o dalla categoria dei pensionati (o da quello del suo coniuge o convivente) come parte di questo piano, può chiamare l'amministratore delle prestazioni o il Servizio per i Membri del datore di lavoro/sindacato al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) in caso di domande. Può chiedere informazioni sulle prestazioni sanitarie del suo datore di lavoro (o quello del suo coniuge o convivente) o dei pensionati, sui premi o sul periodo di iscrizione. (I numeri di telefono per il Servizio per i Membri sono stampati sul retro di questo documento.) Può chiamare il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) con domande relative alla copertura Medicare nell'ambito di questo piano. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

Se dispone di un'altra copertura di farmaci tramite il suo datore di lavoro o dalla categoria dei pensionati (o del suo coniuge o partner domestico) contatti **l'amministratore delle prestazioni di tale gruppo**. L'amministratore delle prestazioni può aiutarla a determinare come la sua attuale copertura dei farmaci funzionerà con il nostro piano.

## CAPITOLO 3:

# Utilizzo del nostro piano per i servizi medici e altri servizi coperti

## SEZIONE 1 Cose da sapere su come ottenere assistenza medica e altri servizi come membro del nostro piano

---

Questo capitolo spiega cosa è necessario sapere sull'utilizzo del nostro piano per coprire l'assistenza medica e altri servizi. Per informazioni dettagliate sull'assistenza sanitaria e altri servizi coperti dal programma, consulti la *Tabella delle prestazioni mediche* al Capitolo 4.

### Sezione 1.1 Fornitori convenzionati e i servizi coperti

- I **fornitori** sono medici e altri operatori sanitari autorizzati dallo Stato a fornire servizi e assistenza medica. Il termine “fornitori” include anche ospedali e altre strutture sanitarie.
- I **fornitori convenzionati** sono i medici e altri operatori sanitari, gruppi medici, ospedali e altre strutture sanitarie che hanno un accordo con noi per accettare il nostro pagamento come pagamento completo. Abbiamo disposto che questi fornitori prestino i servizi coperti ai membri del nostro piano. I fornitori della nostra rete ci fatturano direttamente le cure che le forniscono. Quando vede un fornitore convenzionato, non paga nulla per i servizi coperti.
- I **servizi coperti** includono l'assistenza medica, i servizi di assistenza sanitaria, le apparecchiature per le forniture e i farmaci su prescrizione che sono coperti dal nostro piano. I servizi coperti per l'assistenza medica sono elencati nella tabella delle prestazioni mediche nel Capitolo 4. I servizi coperti per i farmaci su prescrizione medica sono discussi nel Capitolo 5.

### Sezione 1.2 Regole di base per l'assistenza sanitaria e altri servizi coperti dal piano

Come piano sanitario Medicare e Medicaid, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) deve coprire tutti i servizi coperti da Original Medicare e può offrire altri servizi oltre a quelli coperti da Original Medicare.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) coprirà generalmente la sua assistenza medica purché:

- **L'assistenza che riceve è inclusa nella Tabella delle prestazioni mediche del piano** nel Capitolo 4.
- **L'assistenza che riceve è considerata necessaria dal punto di vista medico.** Necessario dal punto di vista medico significa che i servizi, le forniture, le apparecchiature o i farmaci sono necessari per la prevenzione, la diagnosi o il trattamento della sua condizione medica e soddisfano gli standard accettati della professione medica.

## Capitolo 3: Utilizzo del nostro piano per i servizi medici e altri servizi coperti

---

- **Ha un medico convenzionato di rete (un PCP) che fornisce e supervisiona la sua assistenza.** In qualità di membro del nostro piano, deve scegliere un medico di base (PCP) convenzionato (per ulteriori informazioni, veda la Sezione 2.1).
  - Nella maggior parte dei casi, il nostro piano deve fornirle un'approvazione preventiva (un'impegnativa) prima di poter ricorrere ad altri fornitori della convenzione del piano, come specialisti, ospedali, strutture di assistenza infermieristica qualificate o agenzie di **assistenza** sanitaria a domicilio. Per ulteriori informazioni, consulti la Sezione 2.3.
  - Per le cure d'emergenza o i servizi di urgente necessità non è necessaria l'impegnativa **del** proprio medico di base (PCP). Per conoscere altri tipi di cure che possono essere ricevute senza l'approvazione preventiva del proprio medico di base, consulti la sezione 2.2.
- **È necessario che lei riceva le cure da un fornitore convenzionato** (veda la Sezione 2). Nella maggior parte dei casi, l'assistenza che riceve da un fornitore non convenzionato (un fornitore che non fa parte della rete del nostro piano) non sarà coperta. Ciò significa che lei dovrà pagare il fornitore per intero per i servizi a lei forniti. *Ecco 3 eccezioni:*
  - Il piano copre le cure d'emergenza o i servizi di urgente necessità che riceve da un fornitore non convenzionato. Per ulteriori informazioni e per vedere quali sono i servizi di emergenza o servizi di urgente necessità, consulti la Sezione 3.
  - Se ha bisogno di assistenza medica che Medicare richiede che il nostro piano copra, ma non sono presenti specialisti nella nostra convenzione che forniscono questa assistenza, può ottenere tale assistenza da un fornitore non convenzionato alla stessa partecipazione ai costi che paga normalmente in convenzione. In questo caso è necessaria un'autorizzazione preventiva. Si prega di contattare il Servizio per i Membri per assistenza. In questa situazione, copriremo questi servizi senza alcun costo per lei. Per informazioni su come ottenere l'approvazione per consultare un medico fuori rete, veda la Sezione 2.4.
  - Il nostro piano copre i servizi di dialisi renale che si ottengono presso un centro di dialisi certificato Medicare quando si è temporaneamente al di fuori dell'area di servizio del piano o quando il fornitore di questo servizio è temporaneamente non disponibile o inaccessibile. La partecipazione ai costi che lei paga a noi per la dialisi non può mai superare la partecipazione ai costi in Original Medicare. Se è fuori dall'area di servizio del piano e riceve servizi di dialisi da un fornitore fuori dalla convenzione del piano, la sua partecipazione ai costi non può superare la partecipazione ai costi che paga in convenzione. Tuttavia, se il consueto fornitore convenzionato per la dialisi è temporaneamente non disponibile e lei sceglie di ottenere servizi all'interno dell'area di servizio da un fornitore al di fuori della rete del piano, la partecipazione ai costi per la dialisi potrebbe essere più elevata.

## SEZIONE 2 Utilizzo di fornitori della convenzione del piano per ricevere assistenza medica e altri servizi

---

### Sezione 2.1 È necessario scegliere un medico di base (PCP) per fornire e supervisionare l'assistenza

#### Cos'è un PCP e cosa fa il PCP per lei?

Quando diventa un membro di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), è necessario scegliere un medico di base (PCP). Il PCP è un fornitore autorizzato che soddisfa i requisiti statali ed è addestrato a fornire assistenza medica di base.

### **Capitolo 3: Utilizzo del nostro piano per i servizi medici e altri servizi coperti**

---

Il suo PCP è un medico di famiglia, di medicina interna, medicina geriatrica, medicina per adulti o un infermiere gerontologico dello stato di New York. Riceverà le sue cure di routine o di base dal suo PCP. Il suo PCP coordinerà anche il resto dei servizi coperti che ottieni come membro del piano. Ciò include radiografie, esami di laboratorio, terapie, specialisti della forma di cura, ricoveri ospedalieri e assistenza di follow-up. Il “coordinamento” dei suoi servizi comporta anche il controllo o la consultazione con altri fornitori di piani sulla sua assistenza. In alcuni casi, il PCP deve anche ottenere un'autorizzazione preventiva (approvazione preventiva) dal nostro piano. La tabella delle prestazioni nel capitolo 4 mostra quali servizi necessitano di un'autorizzazione preventiva da parte del piano. Il PCP contatterà Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) per ottenere l'autorizzazione necessaria. Poiché il suo PCP fornirà e coordinerà la sua assistenza medica, dovrà inviare tutte le sue cartelle cliniche all'ufficio del suo PCP.

#### **Come scegliere un PCP**

Quando si iscrive al nostro piano, le verrà chiesto di selezionare un PCP. Il PCP che vede attualmente potrebbe già far parte della rete Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Quando fa domanda per il nostro piano, scopriremo se il suo PCP fa parte del nostro piano. Se il suo medico non fa parte di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), dovrà sceglierne uno nuovo dalla nostra rete e fissare un appuntamento per vedere quel medico il prima possibile.

È possibile scegliere il proprio PCP dall'elenco dei fornitori e delle farmacie di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) al momento dell'iscrizione. Per l'elenco più aggiornato dei fornitori, utilizzare lo strumento di ricerca Trova un fornitore sul nostro sito web. Può anche contattare il Servizio per i Membri al numero verde sul retro di questo opuscolo. Esamineremo i nomi dei PCP nella sua zona, le chiederemo di altri medici che consulta e in quali ospedali va. Le verrà chiesto di inserire il nome del PCP nella domanda di iscrizione. È possibile modificare il PCP in qualsiasi momento.

#### **Come cambiare il PCP**

È possibile cambiare il PCP per qualsiasi motivo, in qualsiasi momento. Inoltre, è possibile che il suo PCP lasci la rete di fornitori del nostro piano e che lei debba trovarsi un nuovo PCP.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) prevede una politica di continuità assistenziale (COC) che consente di continuare ad accedere a professionisti non contrattualizzati nelle seguenti situazioni:

#### **Se lei è un nuovo membro, può continuare il trattamento per un massimo di 90 giorni:**

- Se al momento dell'iscrizione è in corso un trattamento attivo con uno o più professionisti non contrattualizzati.
- Se dispone di apparecchiature mediche durevoli (DME), Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) garantirà l'accesso continuo alle apparecchiature DME necessarie e alle riparazioni da parte di fornitori non contrattualizzati.
- In caso di gravidanza, la continuità dell'assistenza sarà garantita fino al completamento dei servizi post-partum o per un periodo più lungo, se necessario per il trasferimento sicuro a un altro fornitore.

**Se è un membro attuale** può ricevere la continuità di assistenza fino a un anno per i servizi in corso in caso di cessazione di un contratto tra Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) e il professionista o la struttura, a condizione che vengano rispettate le seguenti condizioni:

- I servizi fanno parte delle prestazioni a lei riservate.
- Il fornitore non è stato interrotto a causa di problemi di qualità dell'assistenza.

### Capitolo 3: Utilizzo del nostro piano per i servizi medici e altri servizi coperti

- Il fornitore deve accettare di continuare a visitarla.
- Il fornitore ha acconsentito ad accettare le tariffe richieste dalla normativa.

Il personale di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) collaborerà con il professionista non contrattualizzato per farlo entrare nella convenzione Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) come fornitore contrattualizzato o collaborerà con il paziente e il fornitore per trasferire le cure a un professionista in convenzione durante il periodo di 90 giorni di continuità assistenziale. La continuità delle cure sarà garantita entro i limiti delle prestazioni.

#### Eccezioni alla politica:

1. Il personale di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) può prolungare il periodo di 90 giorni per tutto il tempo necessario a soddisfare eventuali esigenze particolari.
2. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) non approverà il proseguimento delle cure da parte di un fornitore non partecipante se:
  - Lei richiede solo il monitoraggio di una condizione cronica.
  - Il contratto interrotto con il professionista si basa su un'azione di revisione professionale per incompetenza o condotta inappropriata, e il suo benessere potrebbe essere in pericolo.

### Sezione 2.2 Assistenza medica e altri servizi che si possono ottenere senza l'impegnativa del medico di base (PCP)

È possibile ottenere i servizi elencati di seguito senza ottenere l'approvazione in anticipo dal PCP.

- Assistenza sanitaria di routine per le donne, che include esami mammari, mammografie di screening (radiografie della mammella), pap test ed esami pelvici
- Vaccini antinfluenzali, vaccinazioni COVID-19, vaccinazioni contro l'epatite B e vaccinazioni contro la polmonite
- Servizi di emergenza da fornitori convenzionati o da fornitori non convenzionati
- I servizi urgenti coperti dal piano sono quelli che richiedono un'attenzione medica immediata (ma non un'emergenza) se il paziente si trova temporaneamente al di fuori dell'area di servizio del piano o se è irragionevole, in considerazione del momento, del luogo e delle circostanze, ottenere il servizio dai fornitori convenzionati. Esempi di servizi di urgente necessità sono le malattie e le lesioni mediche impreviste o il riaccutizzarsi di patologie già esistenti. Le visite mediche di routine necessarie dal punto di vista medico (come le visite di controllo annuali) non sono considerate urgenti anche se si trova al di fuori dell'area di servizio del nostro piano o se la nostra rete del piano è temporaneamente non disponibile.
- Servizi di dialisi renale che si ottengono in un centro di dialisi certificato Medicare quando si è temporaneamente al di fuori della nostra area di servizio del piano. Se possibile, chiami il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) prima di lasciare l'area di servizio in modo che possiamo aiutarla a sottoporsi a dialisi di mantenimento mentre è via.

### Sezione 2.3 Come ottenere assistenza da specialisti e altri fornitori convenzionati

Uno specialista è un medico che fornisce servizi di assistenza sanitaria per una specifica malattia o parte del corpo. Ci sono molti tipi di specialisti. Ad esempio:

- Gli oncologi si prendono cura dei pazienti affetti da cancro

### **Capitolo 3: Utilizzo del nostro piano per i servizi medici e altri servizi coperti**

---

- I cardiologi si prendono cura dei pazienti affetti da patologie cardiache
- Gli ortopedici si prendono cura di pazienti con determinate condizioni ossee, articolari o muscolari

Il PCP è responsabile del coordinamento dei servizi, incluso l'indirizzamento a specialisti e altri fornitori convenzionati, a seconda dei casi. Non vi è alcun requisito di approvazione preventiva per le visite in ufficio con specialisti della rete. Se ha bisogno di una procedura o di un servizio che richiede l'autorizzazione preventiva del piano, il suo PCP o specialista ci contatterà per ottenere la necessaria autorizzazione preventiva. I servizi che richiedono l'autorizzazione preventiva del piano sono identificati nel Capitolo 4, Sezione 2.1 del presente documento. Esempi di servizi che richiedono un'autorizzazione preventiva del piano includono regime di ricovero ospedaliero elettivo (non di emergenza), ricoveri in una struttura di assistenza infermieristica qualificata e assistenza sanitaria a domicilio.

Se ha bisogno di assistenza dopo il normale orario di lavoro, contattati il suo PCP. Queste informazioni sono elencate sulla tessera identificativa del suo abbonamento Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Se si pensa che si tratti di un'emergenza, rivolgersi immediatamente a un medico. Per ulteriori informazioni, consulti la Sezione 3, (Come ottenere servizi coperti in caso di emergenza o necessità urgente di assistenza).

#### **Quando uno specialista o un altro fornitore convenzionato abbandona il nostro piano**

Nel corso dell'anno, potremmo apportare modifiche agli ospedali, ai medici e agli specialisti (fornitori) che fanno parte del piano. Se il suo medico o specialista dovesse lasciare il nostro piano, lei avrà i seguenti diritti e tutele:

- Anche se la nostra rete di fornitori può cambiare nel corso dell'anno, Medicare richiede che lei abbia accesso ininterrotto a medici e specialisti qualificati.
- Le comunicheremo l'uscita del suo fornitore dal piano, in modo che lei abbia il tempo di sceglierne uno nuovo.
  - Se il suo medico di base o il suo specialista per la salute comportamentale dovesse lasciare il nostro piano, la informeremo qualora abbia consultato tale medico negli ultimi 3 anni.
  - Qualora uno dei suoi altri fornitori dovesse lasciare il nostro piano, la informeremo se è stato assegnato a tale fornitore, se attualmente riceve assistenza da lui o se lo ha consultato negli ultimi 3 mesi.
- La aiuteremo a scegliere un nuovo fornitore qualificato convenzionato per continuare le sue cure.
- Se sta seguendo un trattamento o una terapia medica presso il fornitore attuale, ha il diritto di chiedere di continuare a ricevere le cure o le terapie necessarie dal punto di vista medico. Insieme a lei faremo il possibile affinché possa continuare a ricevere le cure necessarie.
- Le forniremo informazioni sui periodi di iscrizione disponibili e sulle opzioni a sua disposizione per cambiare piani.
- Quando un fornitore o una prestazione convenzionati non sono disponibili o non sono sufficienti a soddisfare le sue esigenze mediche, provvederemo a fornire qualsiasi prestazione coperta necessaria dal punto di vista medico al di fuori della propria rete di fornitori, con una partecipazione ai costi in rete. Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.
- Qualora venisse a conoscenza che il suo medico o specialista sta per lasciare il nostro piano, la invitiamo a contattarci per consentirci di assisterla nella scelta di un nuovo fornitore che gestisca la sua assistenza sanitaria.

## Capitolo 3: Utilizzo del nostro piano per i servizi medici e altri servizi coperti

---

- Se ritiene che non le abbiamo fornito un fornitore qualificato in sostituzione del suo precedente fornitore o che la sua assistenza non sia gestita in modo adeguato, ha il diritto di presentare un reclamo relativo alla qualità dell'assistenza al QIO, un reclamo relativo alla qualità dell'assistenza al nostro piano, o entrambi (si veda il Capitolo 9).

### Sezione 2.4 Come ottenere assistenza da fornitori non convenzionati

Se ha bisogno di assistenza medica specialistiche che Medicare o Medicaid richiede che il nostro piano copra e non ci sono fornitori nella nostra rete in grado di fornire questa assistenza, può ottenere l'assistenza da un fornitore non convenzionato. Ciò include i servizi di un fornitore che è qualificato in modo univoco per fornire il particolare servizio di cui ha bisogno, nonché i servizi forniti presso un centro specializzato o un centro di eccellenza (ad esempio, servizi ESRD). Non ci sono ulteriori restrizioni sulle prestazioni che si applicano al di fuori della nostra rete o area di servizio.

Lei o il suo PCP dovete contattare il nostro piano per un'autorizzazione preventiva prima di cercare assistenza da fornitori non convenzionati. Chiamare il Servizio per i Membri per assistenza. Se le forniamo un'autorizzazione preventiva per ottenere assistenza da un fornitore fuori rete, copriremo questi servizi come se avesse ricevuto l'assistenza da un fornitore convenzionato.

È molto importante ottenere un'autorizzazione preventiva dal nostro piano prima di vedere fornitori non convenzionati. Se non si dispone dell'approvazione del piano, questi servizi potrebbero non essere coperti. Se il fornitore desidera che torni per ulteriore assistenza, controlli prima per essere sicuro che l'approvazione del nostro piano copra più di una visita al fornitore non convenzionato.

**Nota:** i membri hanno il diritto di ricevere servizi da fornitori non convenzionati per emergenze o servizi di urgente necessità. Inoltre, i piani devono coprire i servizi di dialisi per i membri ESRD che hanno viaggiato al di fuori dell'area di servizio del *nostro* piano e *non sono* in grado di accedere ai fornitori ESRD a contratto.

## SEZIONE 3 Come ottenere i servizi in caso di emergenza, calamità o necessità di cure urgenti

---

### Sezione 3.1 Ottenere assistenza in caso di emergenza medica

Un'**emergenza medica** è quando lei, o qualsiasi altro soggetto non esperto con una conoscenza media della salute e della medicina, ritiene di avere sintomi medici che richiedono un'attenzione medica immediata per evitare la perdita della vita (e, se si tratta di una donna incinta, la perdita di un bambino non ancora nato), la perdita di un arto, o la perdita della funzione di un arto, o la perdita o la grave compromissione di una funzione corporea. I sintomi medici possono essere una malattia, una lesione, un forte dolore o una condizione medica che sta rapidamente peggiorando.

In caso di emergenza medica:

- **Cerchi assistenza il prima possibile.** Chiami il 911 per chiedere aiuto o recarsi al pronto soccorso o all'ospedale più vicino. Chiami un'ambulanza se ne ha bisogno. Non è necessario ottenere prima l'approvazione o un'impegnativa dal PCP. Non è necessario utilizzare un medico convenzionato. Può ottenere assistenza medica di emergenza ogni volta che ne ha bisogno, ovunque negli Stati Uniti o nei suoi territori e da qualsiasi fornitore con una licenza statale appropriata, anche se non fanno parte della nostra rete.

## Capitolo 3: Utilizzo del nostro piano per i servizi medici e altri servizi coperti

---

- **Prima possibile, si assicuri che il nostro piano sia stato informato della sua emergenza.** Dobbiamo dare seguito alle sue cure d'emergenza. Lei o qualcun altro dovrebbe chiamarci per informarci delle sue cure d'emergenza, di solito entro 48 ore. Chiami il Servizio per i Membri al *numero di telefono e nei giorni e negli orari di apertura o spieghi dove trovare il numero (ad esempio, sul retro della tessera di iscrizione al nostro piano).*

### Servizi coperti in caso di emergenza medica

Il nostro piano copre i servizi di ambulanza in situazioni in cui raggiungere il pronto soccorso in qualsiasi altro modo potrebbe mettere in pericolo la sua salute. Copriamo anche i servizi medici durante l'emergenza.

I medici che le forniscono le cure d'emergenza decideranno quando le sue condizioni sono stabili e l'emergenza medica è finita.

Dopo la fine dell'emergenza, ha diritto all'assistenza di follow-up per assicurarsi che le sue condizioni continuino a essere stabili. I suoi medici continueranno a trattarla fino a quando non ci contatteranno e pianificheranno ulteriori cure. La sua assistenza di follow-up saranno coperte dal nostro piano.

Se le sue cure d'emergenza sono fornite da fornitori non convenzionati, cercheremo di far sì che i fornitori di rete prendano a carico le sue cure non appena le sue condizioni mediche e le circostanze lo consentano.

### E se non fosse un'emergenza medica?

A volte può essere difficile capire se si tratta di un'emergenza medica. Ad esempio, potrebbe accedere alle cure d'emergenza (pensando che la sua salute sia in grave pericolo) e il medico potrebbe dire che non si trattava di un'emergenza medica dopo tutto. Se dovesse risultare che non si trattava di un'emergenza, purché lei abbia ragionevolmente ritenuto che la sua salute fosse in grave pericolo, copriremo le spese per le cure ricevute.

Tuttavia, dopo che il medico ha detto che non si trattava di un'emergenza, copriremo le cure aggiuntive *solo* se otterrà le cure aggiuntive in uno di questi 2 modi:

- Si rivolga a un fornitore convenzionato per ottenere l'assistenza aggiuntiva.
- Le cure aggiuntive che riceve sono considerate servizi di urgente necessità e segua le regole riportate di seguito per ottenerle.

## Sezione 3.2 Ricevere assistenza quando si ha un bisogno urgente di servizi

Un servizio che richiede un'attenzione medica immediata (ma non è un'emergenza) è un servizio di urgente necessità se ci si trova temporaneamente al di fuori dell'area di servizio del piano o se, in considerazione del momento, del luogo e delle circostanze, non è ragionevolmente possibile ottenere questo servizio dai fornitori convenzionati. Esempi di servizi di urgente necessità sono le malattie e le lesioni mediche impreviste o il riacutizzarsi di patologie già esistenti. Tuttavia, le visite di routine necessarie dal punto di vista medico, come le visite di controllo annuali, non sono considerate urgenti anche se ci si trova al di fuori dell'area di servizio del piano o se la rete del piano non è temporaneamente disponibile.

Quando i fornitori di servizi convenzionati sono temporaneamente non disponibili o inaccessibili, è possibile accedere alle cure urgenti utilizzando qualsiasi centro di assistenza urgente disponibile. È inoltre possibile chiamare la linea di consulenza infermieristica al numero (844) 658-8544. Gli utenti TTY devono chiamare il 711.

### **Capitolo 3: Utilizzo del nostro piano per i servizi medici e altri servizi coperti**

---

Il nostro piano copre i servizi di cure di emergenza in tutto il mondo al di fuori degli Stati Uniti nelle seguenti circostanze:

- Ha un limite di \$10.000 per la copertura di emergenza in tutto il mondo ogni anno solare da utilizzare per le cure d'emergenza e le cure post-stabilizzazione.
- Questa prestazione è limitata ai servizi che sarebbero classificati come cure d'emergenza se le cure fossero state fornite negli Stati Uniti.
- Se riceve cure d'emergenza al di fuori degli Stati Uniti e ha bisogno di cure ospedaliere dopo che le sue condizioni di emergenza si sono stabilizzate, deve tornare in un ospedale convenzionato affinché le sue cure continuino a essere coperte o deve avere le sue cure ospedaliere presso l'ospedale non convenzionato autorizzato dal piano. Il suo costo è la quota di compartecipazione che pagherebbe in un ospedale convenzionato. Si applica il massimo del piano.
- Potrebbe essere necessario pagare i servizi di tasca propria e presentare una richiesta di rimborso.
- Le tasse e le commissioni estere (incluse, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, le commissioni di conversione valutaria o di transazione) non sono coperte. Il trasporto di ritorno negli Stati Uniti da un altro Paese non è coperto.
- La cura di routine e le procedure pre-programmate o elettive non sono coperte.

In caso di domande sul nostro pagamento del servizio, ha il diritto di chiederci se lo copriremo prima di riceverlo. Ha anche il diritto di chiederlo per iscritto. Se la compagnia rifiuta di coprire i servizi, lei ha il diritto di impugnare la nostra decisione di non coprire o rimborsare le sue cure.

#### **Sezione 3.3 Ricevere assistenza durante una calamità**

Se il Governatore del suo Stato, il Segretario alla Salute e ai servizi umani degli Stati Uniti o il Presidente degli Stati Uniti dichiarano uno stato di calamità o di emergenza nella sua area geografica, ha comunque diritto all'assistenza prevista dal nostro piano.

Sul sito [SWHNY.com](http://SWHNY.com) sono disponibili informazioni su come ricevere l'assistenza necessaria durante una calamità.

Se non le è possibile utilizzare un fornitore convenzionato durante una calamità, il nostro piano consentirà di ottenere assistenza da fornitori non convenzionati alle condizioni di partecipazione ai costi in convenzione. Se non le è possibile utilizzare una farmacia convenzionata durante una calamità, potrebbe avere la possibilità di ottenere i suoi farmaci presso una farmacia non convenzionata. Veda il Capitolo 5, Sezione 2.5.

#### **SEZIONE 4 Cosa succede se le viene addebitato direttamente l'intero costo dei servizi coperti?**

---

Se ha pagato per i servizi coperti o se riceve una fattura per i servizi medici coperti, può chiedere *a noi di pagare* la nostra parte di costo dei *servizi coperti*. Per informazioni su cosa fare, consulti il Capitolo 7.

## Capitolo 3: Utilizzo del nostro piano per i servizi medici e altri servizi coperti

---

### Sezione 4.1 Se i servizi non sono coperti dal nostro piano

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) copre tutti i servizi medici necessari elencati nella Tabella delle prestazioni mediche del Capitolo 4. Se riceve servizi non coperti dal nostro piano o servizi fuori rete senza autorizzazione, è tenuto a pagare l'intero costo dei servizi.

Per i servizi coperti che hanno una limitazione della prestazione, paga anche l'intero costo di tutti i servizi che ottiene dopo aver esaurito la sua prestazione per quel tipo di servizio coperto. Se le spese vengono pagate una volta raggiunto un limite di prestazioni, non vengono conteggiate nel massimale di spesa.

## SEZIONE 5 Servizi medici in uno studio di ricerca clinica

---

### Sezione 5.1 Cos'è uno studio di ricerca clinica

Uno studio di ricerca clinica (chiamato anche *studio clinico*) è un modo in cui medici e scienziati testano nuovi tipi di assistenza medica, come il funzionamento di un nuovo farmaco antitumorale. Alcuni studi di ricerca clinica sono approvati da Medicare. Gli studi di ricerca clinica approvati da Medicare richiedono in genere la partecipazione allo studio di volontari. Quando partecipa a uno studio di ricerca clinica, può rimanere iscritto al nostro piano e continuare a ricevere il resto della sua assistenza (assistenza che non è correlata allo studio) attraverso il nostro piano.

Una volta che Medicare approva lo studio e lei esprime interesse, qualcuno che lavora allo studio la contatterà per spiegare di più sullo studio e vedere se soddisfa i requisiti stabiliti dagli scienziati che stanno conducendo lo studio. Può partecipare allo studio purché soddisfi i requisiti per lo studio e abbia piena comprensione e accettazione di ciò che è coinvolto se partecipa allo studio.

Se partecipa a uno studio approvato da Medicare, Original Medicare paga la maggior parte dei costi per i servizi coperti che riceve nell'ambito dello studio. Se ci dice che si trova in uno studio di ricerca clinica qualificata, è responsabile solo della partecipazione ai costi in rete per i servizi di tale sperimentazione. Se ha pagato di più, ad esempio, se ha già pagato l'importo di partecipazione ai costi di Original Medicare, le rimborseremo la differenza tra ciò che ha pagato e la partecipazione ai costi in rete. Dovrà fornire una documentazione che dimostri quanto ha pagato.

Se desidera partecipare in uno studio di ricerca clinica approvato da Medicare, non è necessario che ce lo dica o che ottenga l'approvazione da noi o dal suo PCP. I fornitori che forniscono la sua assistenza nell'ambito dello studio di ricerca clinica non devono necessariamente far parte della rete di fornitori del nostro piano. (Ciò non si applica alle prestazioni coperte che richiedono uno studio di ricerca clinica o un registro per valutare la prestazione, comprese le prestazioni che richiedono una copertura con sviluppo di prove [NCD-CED] e studi di esenzione per dispositivi sperimentali [IDE]). Queste prestazioni possono anche essere soggette ad autorizzazione preventiva e ad altre regole del piano)

Sebbene non sia necessario ottenere il permesso del nostro piano per partecipare a uno studio di ricerca clinica, la incoraggiamo ad informarci in anticipo quando sceglie di partecipare a studi clinici qualificati Medicare.

Se partecipa a uno studio non approvato da Medicare, *sarà responsabile del pagamento di tutti i costi per la partecipazione allo studio.*

## Capitolo 3: Utilizzo del nostro piano per i servizi medici e altri servizi coperti

---

### Sezione 5.2 Chi paga i servizi in uno studio di ricerca clinica

Una volta che partecipa a uno studio di ricerca clinica approvato da Medicare, Original Medicare copre gli articoli e i servizi di routine che riceve nell'ambito dello studio, tra cui:

- Vitto e alloggio per una degenza in ospedale che Medicare pagherebbe anche se non fosse in uno studio.
- Un'operazione o altra procedura medica se fa parte dello studio di ricerca.
- Trattamento degli effetti collaterali e delle complicanze della nuova cura.

Quando partecipa a uno studio di ricerca clinica, **né Medicare né il nostro piano pagheranno per uno dei seguenti:**

- In generale, Medicare non pagherà per il nuovo articolo o servizio che lo studio sta testando a meno che Medicare non copra l'articolo o il servizio se lei non era in uno studio.
- Articoli o servizi forniti solo per raccogliere dati e non utilizzati nell'assistenza sanitaria diretta. Ad esempio, Medicare non pagherebbe per le TAC mensili eseguite nell'ambito di uno studio se la sua condizione medica richiedesse normalmente una sola scansione TC.
- Articoli e servizi forniti gratuitamente dagli sponsor della ricerca a tutte le persone dello studio.

#### Maggiori informazioni sulla partecipazione a uno studio di ricerca clinica

Per ulteriori informazioni sulla partecipazione a uno studio di sperimentazione clinica, consulti la pubblicazione Medicare *Medicare and Clinical Research Studies*, disponibile all'indirizzo [www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf](http://www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). Può anche chiamare il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

## SEZIONE 6 Regole per ricevere assistenza in un istituto di assistenza sanitaria religioso non medico

---

### Sezione 6.1 Un istituto di assistenza sanitaria religioso non medico

Un'istituzione sanitaria religiosa non medica è una struttura che fornisce assistenza per una condizione che normalmente verrebbe trattata in un ospedale o in una struttura di assistenza qualificata. Se ricevere assistenza in un ospedale o in una struttura di assistenza infermieristica qualificata è contro le convinzioni religiose di un membro, copriremo in alternativa l'assistenza in un istituto religioso di assistenza non sanitaria a domicilio. Questa prestazione è fornita solo per i servizi ospedalieri di Parte A (servizi di assistenza sanitaria non medica).

### Sezione 6.2 Come ricevere assistenza in un istituto di assistenza sanitaria religioso non medico

Per ricevere assistenza da un istituto di assistenza sanitaria religioso non medico, è necessario firmare un documento legale in cui si dichiara di essere coscientemente contrari a ricevere cure mediche definite **non escluse**.

- Per assistenza o trattamento medico **non esclusi** si intende qualsiasi assistenza o trattamento medico *volontario e non richiesto* da alcuna legge federale, statale o locale.

### Capitolo 3: Utilizzo del nostro piano per i servizi medici e altri servizi coperti

---

- L'assistenza medica **esclusa** è costituita da assistenza medica o trattamenti che riceve che *non* sono volontari o che *sono richiesti* dalla legge federale, statale o locale.

Per essere coperto dal nostro piano, l'assistenza che lei riceve da un istituto religioso di assistenza non sanitaria a domicilio deve soddisfare le seguenti condizioni:

- La struttura che fornisce l'assistenza deve essere certificata da Medicare.
- Il nostro piano copre solo gli aspetti *non religiosi* dell'assistenza.
- Se riceve servizi da questo istituto che le vengono forniti in una struttura, si applicano le seguenti condizioni
  - È necessario avere una condizione medica che consenta di ricevere servizi coperti per regime di ricovero ospedaliero o assistenza in una struttura di assistenza infermieristica qualificata.
  - È necessario ottenere l'approvazione in anticipo dal nostro piano prima di essere ammessi alla struttura o il soggiorno non sarà coperto.
  - *Vengono applicati i limiti della copertura ospedaliera per pazienti ricoverati* di Medicare.

Inoltre, è necessario contattare il Servizio per i Membri o il proprio ufficio Medicaid statale (le informazioni di contatto sono elencate nel Capitolo 2, Sezione 6) per ulteriori informazioni sui servizi coperti da Medicaid per comprendere tutte le opzioni di copertura.

## SEZIONE 7 Norme per la proprietà di apparecchiature mediche durevoli

---

### Sezione 7.1 Non potrà acquisire la proprietà di alcune apparecchiature mediche durevoli dopo aver effettuato un determinato numero di pagamenti previsti dal nostro piano

Le apparecchiature mediche durevoli (DME) includono articoli come apparecchiature e forniture dell'ossigeno, sedie a rotelle, deambulatori, sistemi di materassi motorizzati, stampelle, forniture per diabetici, dispositivi di generazione vocale, pompe per infusione endovenosa, nebulizzatori e letti d'ospedale ordinati da un fornitore per l'uso in casa da parte dei membri. Il membro possiede sempre alcuni articoli DME, come le protesi. Altri tipi di DME devono essere noleggiati.

In Original Medicare, le persone che noleggiano determinati tipi di DME possiedono l'attrezzatura dopo aver effettuato i pagamenti per l'articolo per 13 mesi. Come membro di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), di solito **non acquisisce** la proprietà degli articoli DME noleggiati, indipendentemente dal numero di copayment effettuati per l'articolo mentre si è membri del nostro piano. Anche se ha effettuato fino a 12 pagamenti consecutivi per l'articolo DME nell'ambito del programma Original Medicare prima di aderire al nostro piano, lei non ne acquisirà la proprietà. In alcune circostanze limitate, le trasferiremo la proprietà dell'articolo DME. Per ulteriori informazioni chiami il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711).

#### Cosa succede ai pagamenti effettuati per apparecchiature mediche durevoli se si passa a Original Medicare?

Se non ha acquisito la proprietà dell'articolo DME mentre era nel nostro piano, dovrà effettuare 13 nuovi pagamenti consecutivi dopo il passaggio a Original Medicare per entrare in possesso l'articolo. I pagamenti effettuati durante l'iscrizione al nostro piano non contano ai fini di questi 13 pagamenti.

### **Capitolo 3: Utilizzo del nostro piano per i servizi medici e altri servizi coperti**

---

Esempio 1: ha effettuato 12 o meno pagamenti consecutivi per l'articolo in Original Medicare e poi ha aderito al nostro piano. I pagamenti da lei effettuati in Original Medicare non contano. Dovrà effettuare 13 pagamenti al nostro piano prima di poter possedere l'articolo.

Esempio 2: ha effettuato 12 o meno pagamenti consecutivi per l'articolo in Original Medicare e poi ha aderito al nostro piano. Non ha ottenuto la proprietà dell'articolo mentre era iscritto al nostro piano. Quindi torna a Original Medicare. Dovrà effettuare 13 nuovi pagamenti consecutivi per possedere l'articolo una volta che si iscrive di nuovo a Original Medicare. Eventuali pagamenti già effettuati (sia al nostro piano che a Original Medicare) non sono considerati.

## **Sezione 7.2 Norme per le apparecchiature , le forniture e la manutenzione dell'ossigeno**

Se è idoneo per la copertura delle attrezzature di ossigeno, Medicare Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) coprirà:

- Noleggio di apparecchiature per l'ossigeno
- Erogazione di ossigeno e contenuto di ossigeno
- Tubi e relativi accessori ossigeno per l'erogazione dell'ossigeno e del contenuto di ossigeno
- Manutenzione e riparazione di apparecchiature per l'ossigeno

Se abbandona il Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) o non ha più bisogno di apparecchiature per l'ossigeno, queste devono essere restituite.

### **Cosa succede se abbandona il nostro piano e torna a Original Medicare?**

Original Medicare richiede un fornitore dell'ossigeno per fornire servizi per 5 anni. Durante i primi 36 mesi si noleggia l'apparecchiatura. Per i restanti 24 mesi il fornitore fornisce l'apparecchiatura e la manutenzione (lei è comunque responsabile del copayment dell'ossigeno). Dopo 5 anni può scegliere di rimanere con la stessa azienda o andare da un'altra azienda. A questo punto, il ciclo quinquennale ricomincia da capo, anche se si rimane con la stessa azienda, ed è nuovamente necessario pagare i ticket per i primi 36 mesi. Se aderisce o si lascia il nostro piano, il ciclo di 5 anni ricomincia da capo.

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

---

**CAPITOLO 4:****Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)****SEZIONE 1      Comprendere i servizi coperti**

---

La Tabella delle prestazioni mediche elenca i servizi coperti come membro di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Questa sezione fornisce anche informazioni sui servizi medici non coperti e spiega i limiti di alcuni servizi.

**Sezione 1.1      Non si paga nulla per i servizi coperti**

Poiché riceve assistenza da Medicaid, non paga nulla per i suoi servizi coperti purché segua le relative regole dei piani. (Consulti il Capitolo 3 per maggiori informazioni sulle regole dei piani per ricevere assistenza).

**Sezione 1.2      Qual è l'importo massimo che potrebbe pagare per i servizi medici coperti da Medicare Part A e Part B?**

**Nota:** Poiché i nostri membri ottengono anche l'assistenza di Medicaid, sono pochissimi quelli che raggiungono questo massimale di spese vive. Non è responsabile del pagamento di alcuna spesa per il massimale di spese vive per i servizi coperti della Parte A e della Parte B

I piani Medicare Advantage prevedono dei limiti all'importo delle spese a carico del paziente annuali per i servizi medici coperti da Medicare Part A e Part B. Questo limite è denominato importo massimo di spese vive (MOOP) per i servizi medici. **Per l'anno solare 2026 tale importo (MOOP) è di \$9,250.**

Gli importi pagati per i servizi coperti vengono conteggiati ai fini di questo importo massimo di tasca propria. Gli importi da lei pagati per i premi dei piani e i farmaci della Parte D non vengono conteggiati ai fini dell'importo massimo di spese vive. Inoltre, gli importi pagati per alcuni servizi non vengono conteggiati ai fini del calcolo dell'importo massimo di spese vive. Questi servizi sono contrassegnati da un asterisco (\*) nella Tabella delle prestazioni mediche. Se raggiunge l'importo massimo di spese vive di \$9,250, non dovrà pagare alcun costo per il resto dell'anno per i servizi coperti della Parte A e della Parte B. Tuttavia, è necessario continuare a pagare il premio Medicare Part B (a meno che il premio della Parte B non sia pagato per lei da Medicaid o da un'altra terza parte).

**SEZIONE 2      La tabella delle prestazioni mediche illustra le prestazioni e i costi delle prestazioni mediche**

---

La Tabella delle prestazioni mediche nelle pagine seguenti elenca i servizi di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) coperti (la copertura dei farmaci della Parte D è nel Capitolo 5). Le prestazioni elencate nella tabella delle prestazioni mediche sono coperte solo quando sono soddisfatti i seguenti requisiti:

- I servizi coperti da Medicare devono essere forniti in base alle linee guida di copertura di Medicare.

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

---

- I suoi servizi (tra cui assistenza medica, servizi, forniture, apparecchiature e farmaci della Parte B) *devono* essere necessari dal punto di vista medico. Necessario dal punto di vista medico significa che i servizi, le forniture o i farmaci sono necessari per la prevenzione, la diagnosi o il trattamento della sua condizione medica e soddisfano gli standard accettati della pratica medica.
- Per i nuovi iscritti, il piano di assistenza coordinata MA deve prevedere un periodo di transizione di almeno 90 giorni, durante il quale il nuovo piano MA non può richiedere un'autorizzazione preventiva per alcun ciclo di trattamento attivo, anche se il ciclo di trattamento riguardava un servizio iniziato presso un fornitore non convenzionato.
- Lei riceve le cure da un fornitore convenzionato. Nella maggior parte dei casi, l'assistenza che riceve da un fornitore non convenzionato non sarà coperta a meno che non si tratti di cure di emergenza o urgenti o a meno che il nostro piano o un fornitore convenzionato non le abbia dato un'impegnativa. Ciò significa che dovrà pagare interamente il fornitore per i servizi ottenuti al di fuori della convenzione.
- Ha un medico di base (un PCP) che fornisce e supervisiona la sua assistenza.
- Alcune delle prestazioni elencate nella Tabella delle prestazioni mediche sono coperte *solo* se il medico o altro fornitore convenzionato ottiene la nostra approvazione in anticipo (a volte chiamata autorizzazione preventiva). I servizi coperti che necessitano di un'approvazione preventiva sono contrassegnati in **grassetto** nella Tabella delle prestazioni mediche.
- Se il piano di assistenza coordinata prevede l'approvazione di una richiesta di autorizzazione preventiva per un ciclo di trattamento, l'approvazione deve essere valida per il tempo necessario e ragionevole dal punto di vista medico per evitare interruzioni dell'assistenza, in conformità ai criteri di copertura applicabili, alla sua anamnesi clinica e alle raccomandazioni del fornitore del trattamento.

Altre cose importanti da sapere sulla nostra copertura:

- È coperto sia da Medicare che da Medicaid. Medicare copre l'assistenza sanitaria e i farmaci su prescrizione medica. Medicaid copre la partecipazione ai costi per i servizi Medicare, inclusi i servizi ospedalieri e ambulatoriali. Medicaid copre anche i servizi che Medicare non copre, come i servizi di pianificazione familiare, l'assistenza a lungo termine, i farmaci da banco, i servizi domiciliari e comunitari o altri servizi che sono solo Medicaid.
- Come tutti i piani sanitari Medicare, copriamo tutto ciò che copre Original Medicare. (Se vuole saperne di più sulla copertura e sui costi di Original Medicare, consulti il suo manuale *Medicare & You 2026*. Consulti il sito [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o richieda una copia telefonando al numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.)
- Per tutti i servizi preventivi coperti gratuitamente da Original Medicare, copriamo anche noi questi servizi senza alcun costo per lei.
- Se Medicare aggiunge copertura per eventuali nuovi servizi nel corso del 2026, Medicare o il nostro piano copriranno tali servizi.
- Poiché riceve assistenza da Medicaid, non paga nulla per i suoi servizi coperti, purché segua le relative regole del piano. Ciò significa che per i servizi coperti non dovrà pagare alcuna quota (nessun contributo al pagamento o franchigia). In qualità di membro di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), coordiniamo i suoi servizi coperti da Medicare e i suoi servizi Medicaid in quanto sono entrambi coperti dal nostro piano. Le informazioni sulle prestazioni di seguito includono i servizi coperti da Medicare e Medicaid.

## Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)

---

- Se rientra nel periodo di 6 mesi (180 giorni) del nostro piano di presunta idoneità continua, continueremo a fornire tutte le prestazioni Medicare coperte dal piano Medicare Advantage. Tuttavia, durante questo periodo, *non* continueremo a coprire le prestazioni Medicaid incluse nel Medicaid State Plan applicabile né pagheremo i premi Medicare o la partecipazione ai costi per i quali lo Stato sarebbe altrimenti responsabile se non avesse perso la sua idoneità Medicaid. L'importo che paga per i servizi coperti da Medicare può aumentare durante questo periodo.

**Se ha diritto all'assistenza per la partecipazione ai costi di Medicare nell'ambito di Medicaid, non paga nulla per i servizi elencati nella Tabella delle prestazioni mediche, purché soddisfatti i requisiti di copertura sopra descritti.**

### Informazioni importanti sulle prestazioni per gli iscritti con condizioni croniche

- Se le viene diagnosticata una delle seguenti condizioni croniche identificate di seguito e soddisfa determinati criteri, potrebbe avere diritto a speciali prestazioni supplementari per i malati cronici.
  - Disturbo cronico da uso di alcol e altri disturbi da uso di sostanze (SUD)
  - Malattie autoimmuni
  - Cancro
  - Patologie cardiovascolari
  - Scemenso cardiaco cronico
  - Demenza
  - Diabete mellito
  - Sovrappeso, obesità e sindrome metabolica
  - Malattia gastrointestinale cronica
  - Malattia renale cronica (CKD)
  - Gravi disturbi ematici
  - HIV/AIDS
  - Malattie polmonari croniche
  - Condizioni di salute mentale croniche e invalidanti
  - Malattie neurologiche
  - Ictus
  - Trapianto di organi
  - Immunodeficienza e disturbi immunosoppressivi
  - Condizioni associate al deterioramento cognitivo
  - Condizioni con sfide funzionali
  - Condizioni croniche che compromettono la vista, l'udito (sordità), il gusto, il tatto e l'olfatto
  - Condizioni che richiedono servizi terapeutici continui per mantenere o conservare il funzionamento dell'individuo

La aiuteremo ad accedere a queste prestazioni. Può chiamare il Servizio per i Membri o il suo coordinatore dell'assistenza per avviare la sua richiesta o ottenere ulteriori informazioni.

Nota: Richiedendo questa prestazione, autorizza i rappresentanti Senior Whole Health of New York NHC a contattarla per telefono, posta o qualsiasi altro metodo di comunicazione come espressamente indicato nella sua domanda.

- Per ulteriori dettagli, consulti la riga *Prestazioni supplementari speciali per i malati cronici* nella Tabella delle prestazioni mediche qui sotto.
- Ci contatti per scoprire esattamente a quali prestazione può avere diritto.

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**




Questa mela illustra le prestazioni preventive contenute nella Tabella delle prestazioni Medicare.




**Tabella delle prestazioni mediche**

	<b>Servizi coperti</b>	<b>Importo a suo carico</b>
	<p><b>Screening dell'aneurisma aortico addominale</b></p> <p>Uno screening ecografico una tantum per le persone a rischio. Il nostro piano copre questo screening solo se si dispone di determinati fattori di rischio e se si ottiene un rinvio per esso dal proprio medico, assistente medico, infermiere o specialista infermiere clinico.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigia per i Soci idonei a questo screening preventivo.</p>
	<p><b>Agopuntura per lombalgia cronica</b></p> <p>I servizi coperti includono:</p> <p>Sono coperte fino a 12 visite in 90 giorni nelle seguenti circostanze:</p> <p>Ai fini di questa prestazione, la lombalgia cronica è definita come:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• della <b>durata</b> di 12 settimane o più;</li> <li>• aspecifica, in quanto non ha una causa sistemica identificabile (cioè non associata a malattia metastatica, infiammatoria, infettiva, ecc.);</li> <li>• non associata alla chirurgia; e</li> <li>• non associata alla gravidanza.</li> </ul> <p>Saranno coperte altre <b>8</b> sessioni per i pazienti che dimostrano un miglioramento. Non possono essere somministrati più di 20 trattamenti di agopuntura all'anno.</p> <p>Il trattamento deve essere interrotto se il paziente non sta migliorando o sta regredendo.</p> <p><b>Requisiti del fornitore:</b></p> <p>I medici (secondo la definizione di cui all'articolo 1861(r)(1) del Social Security Act (la Legge)) possono fornire l'agopuntura in conformità ai requisiti statali applicabili.</p> <p>Gli assistenti medici (PA), gli infermieri professionali (NP)/gli infermieri clinici specialisti (CNS) (come identificati in 1861[aa] [5] della Legge) e il personale ausiliario possono fornire agopuntura se soddisfano tutti i requisiti statali applicabili e hanno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un master o un dottorato in agopuntura o medicina orientale presso una scuola accreditata dalla Commissione di accreditamento per l'agopuntura e la medicina orientale (ACAOM); e,</li> <li>• una licenza attuale, completa, attiva e senza restrizioni per praticare l'agopuntura in uno Stato, Territorio o Commonwealth (cioè Porto Rico) degli Stati Uniti o District of Columbia.</li> </ul>	<p>Non ci sono compartecipazioni o copayment per i servizi di agopuntura coperti da Medicare.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>



**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti</b>	<b>Importo a suo carico</b>
	<p><b>Agopuntura per lombalgia cronica (continua)</b></p> <p>Il personale ausiliario che fornisce l'agopuntura deve essere sotto il livello appropriato di supervisione di un medico, PA o NP/CNS dai nostri regolamenti 42 CFR §§ 410.26 e 410.27.</p>	
	<p><b>Servizi di agopuntura (supplementari)*</b></p> <p>Pianificare un massimo di 30 visite mediche necessarie ogni anno solare per i servizi di agopuntura.</p> <p>I servizi supplementari di agopuntura sono coperti quando determinati come standard di cura clinicamente accettato per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mal di testa; dolore alle articolazioni dell'anca o del ginocchio associato all'osteoartrite (OA); o altro dolore alle articolazioni delle estremità quando cronico e non risponde all'assistenza medica standard; sindromi dolorose che coinvolgono le articolazioni e i tessuti molli associati; dolore muscoloscheletrico al collo e alla schiena; nausea associata alla chemioterapia; nausea post-chirurgica e nausea associata alla gravidanza</li> <li>• I servizi di agopuntura coperti non includono i servizi per il trattamento dell'asma o della dipendenza (incluso, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, smettere di fumare).</li> </ul>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigia per questi servizi.</p>
	<p><b>Servizi di ambulanza</b></p> <p>I servizi di ambulanza coperti, sia in caso di emergenza che non di emergenza, comprendono servizi di trasporto medico con aereo, con elicottero e ambulanza su strada fino alla struttura appropriata più vicina in grado di fornire assistenza, se forniti</p> <p>a un membro le cui condizioni mediche sono tali che altri mezzi di trasporto potrebbero mettere in pericolo la salute della persona o se autorizzati dal nostro piano. Se i servizi di ambulanza coperti non sono per una situazione di emergenza, è necessario documentare che le condizioni del membro sono tali che altri mezzi di trasporto potrebbero mettere in pericolo la salute della persona e che il trasporto in ambulanza è necessario dal punto di vista medico.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni o copay per i servizi di ambulanza coperti da Medicare.</p> <p><b>È richiesta l'autorizzazione preventiva solo per l'ambulanza non di emergenza.</b></p>
	<p><b>Visita annuale per la salute</b></p> <p>Se è iscritto alla Parte B da più di 12 mesi, può sottoporsi a una visita annuale di salute per sviluppare o aggiornare un piano di prevenzione personalizzato basato sulla sua salute attuale e sui fattori di rischio. La copertura è prevista una volta ogni 12 mesi.</p> <p><b>Nota:</b> La sua prima visita di controllo annuale non può aver luogo prima di 12 mesi dalla visita preventiva di Benvenuto in Medicare. Tuttavia, non è necessario aver avuto una visita di benvenuto a Medicare per essere coperti per le visite annuali per la salute dopo aver avuto la Parte B per 12 mesi.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per la visita annuale per la salute.</p>

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti</b>	<b>Importo a suo carico</b>
	<p><b>Misurazione della massa ossea</b></p> <p>Per gli individui idonei (in genere, le persone a rischio di perdere massa ossea o a rischio di osteoporosi), i seguenti servizi sono coperti ogni 24 mesi o più frequentemente se necessario dal punto di vista medico: procedure per identificare la massa ossea, rilevare la perdita ossea o determinare la qualità dell'osso, compresa l'interpretazione dei risultati da parte di un medico.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per la misurazione della massa ossea coperta da Medicare.</p>
	<p><b>Screening del carcinoma mammario (mammografie)*</b></p> <p>I servizi coperti includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mammografia basale di età compresa tra 35 e 39 anni</li> <li>• Una mammografia di screening ogni 12 mesi per le donne di età pari o superiore a 40 anni</li> <li>• Esami clinici del seno una volta ogni 24 mesi</li> </ul> <p>Una mammografia di screening viene utilizzata per la diagnosi precoce del cancro al seno. Una volta che è stata stabilita un'anamnesi di cancro al seno e fino a quando non ci saranno più segni o sintomi di cancro al seno, le mammografie in corso sono considerate diagnostiche e sono coperte alla voce "Esami diagnostici ambulatoriali e prestazioni e forniture terapeutiche" in questa tabella. La prestazione annuale della mammografia di screening non è disponibile per i membri che hanno segni o sintomi di cancro al seno.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per le mammografie di screening coperte.</p>
	<p><b>Servizi di riabilitazione cardiaca</b></p> <p>Programmi completi di servizi di riabilitazione cardiaca che includono esercizio fisico, istruzione e consulenza sono coperti per i Soci che soddisfano determinate condizioni con un'indicazione del medico.</p> <p>Il piano copre anche programmi di riabilitazione cardiaca intensiva che sono in genere più rigorosi o più intensi dei programmi di riabilitazione cardiaca.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per questi servizi.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
	<p><b>Visita di riduzione del rischio di malattia cardiovascolare (terapia per malattia cardiovascolare)*</b></p> <p>Copriamo una visita all'anno con il suo medico di base per aiutarla a ridurre il rischio di malattie cardiovascolari. Durante questa visita, il medico può discutere l'uso di aspirina (se del caso), controllare la pressione sanguigna e darle consigli per assicurarla di mangiare sano.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigia per la prestazione preventivo della terapia comportamentale intensiva per le malattie cardiovascolari.</p>
	<p><b>Test di screening per malattie cardiovascolari*</b></p> <p>Esami del sangue per la rilevazione di malattie cardiovascolari (o anomalie associate a un elevato rischio di malattia cardiovascolare) una volta ogni 5 anni (60 mesi).</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per i test sulle malattie cardiovascolari che sono coperti una volta ogni 5 anni.</p>



**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti</b>	<b>Importo a suo carico</b>
	<p><b>Screening del cancro della cervice e vaginale</b></p> <p>I servizi coperti includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per tutte le donne: Pap test ed esami pelvici sono coperti una volta ogni 24 mesi</li> <li>• Se è ad alto rischio di cancro cervicale o vaginale o è in età fertile e ha effettuato un Pap test anormale negli ultimi 3 anni: un Pap test ogni 12 mesi</li> </ul>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per gli esami preventivi Pap e gli esami pelvici coperti da Medicare.</p>
	<p><b>Servizi di chiropratica (coperti da Medicare)</b></p> <p>I servizi coperti includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manipolazione manuale della colonna vertebrale per correggere la sublussazione</li> </ul>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per questi servizi.</p>
	<p><b>Servizi di gestione e trattamento del dolore cronico</b></p> <p>Servizi mensili coperti per le persone affette da dolore cronico (dolore persistente o ricorrente di durata superiore a 3 mesi). I servizi possono includere la valutazione del dolore, la gestione dei farmaci, il coordinamento e la pianificazione dell'assistenza.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per questi servizi.</p>
	<p><b>Screening del cancro coloretale*</b></p> <p>Sono coperti i seguenti test di screening:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La colonscopia non ha limiti di età minimi o massimi ed è coperta una volta ogni 120 mesi (10 anni) per i pazienti non ad alto rischio, o 48 mesi dopo una precedente sigmoidoscopia flessibile per i pazienti che non sono ad alto rischio di cancro coloretale, e una volta ogni 24 mesi per i pazienti ad alto rischio dopo una precedente colonscopia di screening.</li> <li>• La colonscopia con tomografia computerizzata per i pazienti di età pari o superiore a 45 anni che non sono ad alto rischio di cancro coloretale è coperta quando sono trascorsi almeno 59 mesi dal mese in cui è stata eseguita l'ultima colonscopia con tomografia computerizzata di screening o 47 mesi dal mese in cui è stata eseguita l'ultima sigmoidoscopia flessibile di screening o colonscopia di screening. Per i pazienti ad alto rischio di cancro coloretale, il pagamento può essere effettuato per una tomografia computerizzata di screening eseguita dopo che sono trascorsi almeno 23 mesi dal mese in cui è stata eseguita l'ultima tomografia computerizzata di screening o l'ultima colonscopia di screening.</li> </ul>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per un esame di screening del cancro coloretale coperto da Medicare. Se il medico trova e rimuove un polipo o altro tessuto durante la colonscopia o la sigmoidoscopia flessibile, l'esame di screening diventa un esame diagnostico.</p> <p>La franchigia della Parte B non si applica.</p> <p>Se durante lo screening viene rilevata un'anomalia e l'operatore interviene in quel momento, i servizi aggiuntivi (biopsia o altro intervento) vengono considerati un esame diagnostico.</p>


**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

Servizi coperti	Importo a suo carico
<p><b>Screening del cancro coloretale* (continua)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigmoidoscopia flessibile per pazienti di età pari o superiore a 45 anni. Una volta ogni 120 mesi per i pazienti non ad alto rischio dopo che il paziente ha ricevuto una colonscopia di screening. Una volta ogni 48 mesi per i pazienti ad alto rischio dall'ultima sigmoidoscopia flessibile o colonscopia con tomografia computerizzata.</li> <li>• Esame del sangue fecale-occulto per pazienti di età pari o superiore a 45 anni. Una volta ogni 12 mesi.</li> <li>• DNA delle feci multitarget per pazienti di età compresa tra 45 e 85 anni che non soddisfano i criteri di alto rischio. Una volta ogni 3 anni.</li> <li>• Esami dei biomarcatori ematici per pazienti di età compresa tra 45 e 85 anni che non soddisfano i criteri di alto rischio. Una volta ogni 3 anni.</li> <li>• I test di screening del cancro coloretale includono una colonscopia di screening di follow-up dopo che un test di screening del cancro coloretale non invasivo basato sulle feci coperto da Medicare restituisce un risultato positivo.</li> <li>• I test di screening del cancro colonrettale comprendono una sigmoidoscopia flessibile di screening o una colonscopia di screening pianificata che comporta l'asportazione di tessuto o di altro materiale, o un'altra procedura fornita in connessione, come risultato e nello stesso incontro clinico del test di screening.</li> </ul>	
<p><b>Servizi dentistici (coperti da Medicare)</b></p> <p>In generale, i servizi dentistici preventivi (come la pulizia, gli esami dentistici di routine e le radiografie dentali) non sono coperti da Original Medicare. Tuttavia, Medicare paga per i servizi dentistici in un numero limitato di circostanze, in particolare quando tale servizio è parte integrante del trattamento specifico della condizione medica primaria di un beneficiario. Alcuni esempi includono la ricostruzione della mandibola in seguito a frattura o lesione, estrazioni dentarie effettuate in preparazione al trattamento con radiazioni per il cancro che coinvolge la mandibola o esami orali che precedono il trapianto di organi.</p> <p>*Questa non è una garanzia di copertura.</p> <p>*Alcune procedure sono soggette ad autorizzazione preventiva. Il suo dentista presenterà documentazione come radiografie e una narrazione a supporto delle procedure necessarie dal punto di vista medico e conformi alle linee guida cliniche accettabili.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigia per i Soci idonei a questi servizi.</p> <p><b>Per cure dentali complete potrebbe essere necessaria un'autorizzazione preventiva.</b></p>

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti</b>	<b>Importo a suo carico</b>
	<p><b>Servizi dentistici (supplementari) *</b></p> <p>Abbiamo stabilito una partnership con un fornitore per fornire una copertura dentistica completa che si allinea ai servizi offerti da New York State Medicaid. I servizi saranno coperti se ricevuti da un fornitore affiliato attraverso la nostra rete di fornitori.</p> <p>Le prestazioni odontoiatriche comprendono servizi diagnostici, preventivi, di restauro, endodonzia, parodontologia, protesi (rimovibile), protesi (fissa), protesi maxillo-facciale, servizi di implantologia, chirurgia orale e maxillo-facciale e servizi generali aggiuntivi.</p> <p>Per un elenco completo dei servizi, visiti il sito <a href="http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm">www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm</a> e selezioni Tariffario aggiornato</p> <p>I codici elencati nel link del piano delle prestazioni possono essere aggiornati dall'American Dental Association (ADA) nel corso dell'anno. In caso di domande su un codice ADA dentistico, si prega di chiamare il Servizio per i Membri. Il loro numero di telefono si trova sul retro della sua tessera identificativa di membro del piano. Alcuni servizi dentistici possono richiedere un'autorizzazione preventiva e devono essere necessari dal punto di vista medico. Il fornitore si occuperà di tutte le autorizzazioni richieste dal piano.</p> <p>Nota: La copertura di cui sopra riguarda Medicare Supplemental Dental Benefit. La prestazione New York Medicaid Dental Benefit è gestita anche dal Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Si prega di contattare il Piano in caso di domande su questa prestazione Medicaid.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni o copayment.</p> <p>Non tutte le procedure dentistiche raccomandate da un dentista possono essere coperte. Chieda al dentista di dirle quanto pagherà il piano e quanto dovrà pagare di tasca sua.</p> <p>Se un servizio non è coperto o se si supera l'indennità massima, i costi potrebbero essere a suo carico. Possono essere applicate limitazioni ed esclusioni.</p>
	<p><b>Screening per la depressione</b></p> <p>Copriamo uno screening per la depressione all'anno. Lo screening deve essere effettuato in un contesto di assistenza primaria in grado di fornire un trattamento di follow-up e/o rinvii.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per una visita annuale di screening per la depressione.</p>
	<p><b>Screening del diabete</b></p> <p>Copriamo questo screening (inclusi i test della glicemia a digiuno) se si dispone di uno qualsiasi dei seguenti fattori di rischio: pressione sanguigna alta (ipertensione), anamnesi di livelli anormali di colesterolo e trigliceridi (dislipidemia), obesità o anamnesi di glicemia alta (glucosio). I test possono essere coperti anche se si soddisfano altri requisiti, come il sovrappeso e una storia familiare di diabete.</p> <p>Può beneficiare di un massimo di due screening del diabete ogni 12 mesi dalla data dell'ultimo test di screening del diabete.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per i test di screening del diabete coperti da Medicare.</p>


**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti</b>	<b>Importo a suo carico</b>
	<p><b>Formazione sull'autogestione del diabete, servizi e forniture per diabetici</b></p> <p>Per tutte le persone che hanno il diabete (utilizzatori di insulina e non). I servizi coperti includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forniture per monitorare la glicemia: monitor della glicemia, strisce reattive per la glicemia, dispositivi a lancetta e lancette e soluzioni per il controllo del glucosio per verificare l'accuratezza delle strisce reattive e dei monitor.             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Monitor della glicemia (zucchero)                 <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Coperto quando il medico lo prescrive per l'uso a casa.</li> <li>◦ I misuratori di glicemia di marca preferita non richiedono un'autorizzazione preventiva.</li> </ul> </li> <li>◦ Strisce reattive per glucosio (zucchero) nel sangue                 <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Le strisce reattive per la glicemia di marca preferita non richiedono un'autorizzazione preventiva.</li> <li>◦ Può essere limitato a una fornitura di 30 giorni per riempimento.</li> </ul> </li> <li>◦ True Metrix è il nostro fornitore preferito di prodotti per diabetici. Per ulteriori informazioni, consulti il prontuario del piano o chiami il Servizio per i Membri.</li> <li>◦ Soluzioni per il controllo del glucosio per verificare la precisione delle strisce reattive e dei monitor.</li> <li>◦ Per le persone con diabete che hanno una grave malattia del piede diabetico: un paio per anno solare di scarpe terapeutiche stampate su misura (inclusi gli inserti forniti con tali scarpe) e due ulteriori paia di inserti, o un paio di scarpe di profondità e tre paia di inserti (esclusi gli inserti rimovibili non personalizzati forniti con tali scarpe). La copertura comprende il montaggio.</li> </ul> </li> <li>• La formazione sull'autogestione del diabete è coperta in determinate condizioni.</li> <li>• I servizi per diabetici coperti da Medicare comprendono:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Visita oculistica annuale e test del glaucoma</li> <li>◦ Esami del piede</li> <li>◦ Servizi di terapia nutrizionale medica (MNT)</li> </ul> </li> </ul>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per questa prestazione.</p> <p>Le forniture sono coperte quando si ha una prescrizione e la si riempie in una farmacia al dettaglio della rete o attraverso il programma Mail Service Pharmacy.</p> <p>Vedere "Oculistica" in questa tabella per i servizi del medico se è necessario un esame della vista per la retinopatia diabetica o uno screening del glaucoma.</p> <p>Vedere Servizi di podologia in questo grafico se si è diabetici e si ha bisogno di consultare un medico per un esame del piede.</p> <p>Vedere Terapia nutrizionale medica in questa tabella se si è diabetici e si ha bisogno di servizi di terapia nutrizionale medica (MNT).</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva per forniture per diabetici, scarpe per diabetici e inserti.</b></p> <p><b>Non è necessaria un'autorizzazione preventiva per il produttore preferito.</b></p> <p><b>Non è necessaria un'autorizzazione preventiva per la formazione sull'autogestione del diabete coperta da Medicare.</b></p>

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

Servizi coperti	Importo a suo carico
<p><b>Apparecchiature mediche durevoli (DME) e forniture correlate</b> (Per una definizione di apparecchiature mediche durevoli, consulti i capitoli 12 e 3)</p> <p>Gli articoli coperti includono, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo: sedie a rotelle, stampelle, sistemi di materassi motorizzati, forniture per diabetici, letti ospedalieri ordinati da un fornitore per essere utilizzati a domicilio, pompe per infusione endovenosa, dispositivi di generazione vocale, apparecchiature per l'ossigeno, nebulizzatori e deambulatori.</p> <p>Copriamo tutte le DME necessarie dal punto di vista medico coperte da Original Medicare. Se i nostri fornitori nella sua zona non hanno una particolare marca o produttore, può chiedere se possono effettuare un ordine personalizzato per lei. L'elenco più recente dei fornitori è disponibile sul nostro sito web all'indirizzo <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>.</p> <p>In generale, Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP) copre tutte le DME coperte da Original Medicare delle marche e dei produttori indicati in questo elenco. Non copriremo altre marche e produttori, a meno che il medico o un altro fornitore non ci indichi che la marca in questione è appropriata per le sue esigenze mediche. Tuttavia, se è un nuovo iscritto a Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) e utilizza una marca di DME non presente nel nostro elenco, continueremo a coprirlo per un massimo di 90 giorni. Durante questo periodo, è necessario che parli con il suo medico per decidere quale marca sia appropriata per lei dopo questo periodo di 90 giorni. (Se non è d'accordo con il suo medico, può chiedere un rinvio per un secondo parere).</p> <p>Se lei (o il suo fornitore) non siete d'accordo con la decisione di copertura del piano, potete presentare un ricorso. È inoltre possibile presentare un ricorso se non si è d'accordo con la decisione del fornitore circa il prodotto o la marca appropriati per la propria condizione medica. (Per ulteriori informazioni sui ricorsi, consulti il Capitolo 9)</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per questa prestazione.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
<p><b>Cure d'emergenza</b></p> <p>Le cure di emergenza si riferiscono a servizi che sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forniti da un fornitore qualificato per fornire servizi di emergenza e</li> <li>• Necessari per valutare o stabilizzare una condizione medica di emergenza.</li> </ul> <p>Un'emergenza medica è quando lei, o qualsiasi altra persona prudente con una conoscenza media della salute e della medicina, ritieni di avere sintomi medici che richiedono assistenza medica immediata per prevenire la perdita della vita (e, se lei è una donna incinta, la perdita di un bambino non ancora nato), la perdita di un arto o la perdita della funzione di un arto. I sintomi medici possono essere una malattia, una lesione, un forte dolore o una condizione medica che sta rapidamente peggiorando.</p> <p>La partecipazione ai costi per i servizi di emergenza necessari ricevuti non in convenzione è la stessa di quando si ricevono questi servizi in convenzione.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per questi servizi.</p> <p>Se viene ricoverato in un ospedale, pagherà la partecipazione ai costi come descritto in "Regime di ricovero ospedaliero" in questa tabella.</p> <p>La partecipazione ai costi è la stessa per i servizi di emergenza in convenzione o non in convenzione.</p>

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti</b>	<b>Importo a suo carico</b>
	<p><b>Cure d'emergenza (continua)</b></p> <p>Le cure d'emergenza al di fuori degli Stati Uniti (USA) possono essere coperte dal prestazione della copertura di emergenza in tutto il mondo. Offriamo fino a \$10,000 di copertura di emergenza in tutto il mondo ogni anno solare per le cure d'emergenza e le cure post-stabilizzazione. Consultare Copertura delle cure d'emergenza in tutto il mondo in questo grafico per saperne di più.</p>	<p>Se riceve cure d'emergenza in un ospedale non convenzionato e necessita di cure ospedaliere dopo che le sue condizioni d'emergenza sono state stabilizzate, deve trasferirsi in un ospedale convenzionato affinché le sue cure continuino a essere coperte <b>OPPURE</b> deve avere le sue cure ospedaliere presso l'ospedale non convenzionato autorizzato dal nostro piano e il suo costo è la partecipazione ai costi più alta che pagherebbe in un ospedale convenzionato.</p>
	<p><b>Prestazione fitness (supplementare)*</b></p> <p>Ottiene un abbonamento ai centri fitness partecipanti. Se non è in grado di visitare un centro fitness o preferisce allenarsi anche da casa, può scegliere un kit Home Fitness. Il kit l'aiuterà a rimanere attivo nel comfort della sua casa. Le opzioni di Home Fitness includono la scelta di fitness tracker, kit di forza o di yoga.</p> <p>Se si sceglie di allenarsi in un centro fitness, è possibile visualizzare il sito Web e selezionare una sede partecipante, oppure si può andare direttamente in un centro fitness partecipante per iniziare. Le strutture partecipanti e le catene di centri fitness possono variare in base alla posizione e sono soggette a modifica. I kit sono soggetti a modifiche.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per questa prestazione.</p> <p>Parli sempre con il suo medico prima di iniziare o modificare la sua routine di allenamento.</p>
	<p><b>Programmi di educazione alla salute e al benessere</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abbiamo programmi disponibili per aiutarla a gestire una condizione di salute diagnosticata. I programmi includono la gestione dell'asma</li> <li>• Gestione della depressione</li> <li>• Gestione del diabete</li> <li>• Gestione della pressione alta</li> <li>• Gestione delle malattie cardiovascolari (CVD)</li> <li>• Gestione della broncopneumopatia cronica ostruttiva (COPD)</li> </ul>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per questi servizi.</p>


**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

Servizi coperti	Importo a suo carico
<p><b>Programmi di educazione alla salute e al benessere* (continua)</b></p> <p>Sono disponibili materiali didattici e consigli per la cura. Possiamo anche aiutarla a lavorare con il suo fornitore.</p> <p>Iscrizione ai programmi di gestione della salute:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verrà automaticamente iscritto al/ai programma/i che meglio soddisfa le sue esigenze in base ai dati relativi alle richieste mediche o farmaceutiche.</li> <li>• È inoltre possibile iscriversi tramite il proprio provider o auto-referente.</li> </ul> <p>Ci sono alcuni requisiti che è necessario soddisfare per iscriversi.</p> <p>Cancellazione dai programmi Health Management Program:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Questi programmi sono volontari e può scegliere di essere rimosso da un programma in qualsiasi momento.</li> </ul> <p>Per saperne di più o per iscriversi a uno dei programmi può chiamare il nostro Dipartimento di gestione sanitaria al numero (866) 891-2320 (gli utenti TTY possono chiamare il 711), dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. (Eastern Standard Time).</p> <p><b>Programmi di promozione della salute</b></p> <p>Sono disponibili anche altri programmi progettati per arricchire la sua salute e il suo stile di vita, come, ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un programma per smettere di fumare.</li> <li>• Un programma di controllo del peso.</li> </ul> <p>Per informazioni e/o materiali per smettere di fumare o per il controllo del peso chiami il numero (866) 472-9483 (gli utenti TTY/TDD possono chiamare il 711), dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. (Eastern Standard Time).</p> <p><b>Linea di consulenza infermieristica</b></p> <p>Se ha un problema di salute immediato, domande su una condizione medica o desideri informazioni generali sulle risorse sanitarie disponibili, la linea di consulenza infermieristica è disponibile 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana.</p> <p>Un'infermiera registrata la aiuterà a determinare se può gestire le sue cure a casa o se ha bisogno dell'attenzione di un medico.</p> <p>Il numero verde della linea di consulenza infermieristica è: (844) 658-8544, (gli utenti TTY/TDD possono chiamare il 711)</p> <p>Chiami in qualsiasi momento, di giorno o di notte, per parlare con un'infermiera registrata di malattie o infortuni.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non è necessario alcuna impegnativa o autorizzazione preventiva</li> </ul> <p>Questo servizio non è destinato alle emergenze. In caso di emergenza, comporre immediatamente il 911.</p>	

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

Servizi coperti	Importo a suo carico
<p><b>Carta Healthy You</b></p> <p>La tessera Healthy You del piano offre un fondo spese combinato di \$285 al mese per alcune prestazioni del piano integrativo, come ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Articoli senza prescrizione (OTC)</li> <li>• Apparecchi acustici da banco (OTC)</li> <li>• Generi alimentari e prodotti ortofrutticoli*</li> <li>• Trasporto verso qualsiasi struttura sanitaria</li> <li>• Trasporto per esigenze non mediche</li> <li>• Servizi di pubblica utilità</li> </ul> <p>La carta di debito precaricata non è una carta di credito. Non è possibile convertire la carta in contanti o prestarla ad altre persone. Le procedure cosmetiche non sono coperte da questa tessera. I fondi vengono caricati sulla tessera su base mensile. Alla fine di ogni mese, il denaro non utilizzato assegnato non verrà riportato al mese successivo o all'anno di piano successivo. Se abbandona il piano, tutti i fondi allocati inutilizzati tornano al piano alla data di cancellazione effettiva.</p> <p>Per ulteriori informazioni su come ottenere i requisiti per le Prestazioni supplementari speciali per i malati cronici e generi alimentari e prodotti ortofrutticoli, può contattare il Servizio per i Membri di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Per accedere alle indennità per le prestazioni supplementari speciali per i malati cronici (SSBCI), i membri devono avere una condizione cronica qualificante e fornire l'approvazione del medico in collaborazione con l'ufficio Gestione dei casi di Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP). Fare riferimento a "Prestazioni supplementari speciali per i malati cronici" in questo grafico per ulteriori informazioni.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per la sua tessera Healthy You.</p>

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti</b>	<b>Importo a suo carico</b>
	<p><b>Servizi per l'udito</b></p> <p>Le valutazioni diagnostiche dell'udito e dell'equilibrio eseguite dal suo fornitore per determinare se ha bisogno di assistenza medica sono coperte come cure ambulatoriali quando fornite da un medico, un audiologo o un altro fornitore qualificato.</p> <p>Gli esami diagnostici dell'udito e dell'equilibrio coperti da Medicare aiutano a determinare se è necessario o meno un trattamento medico.</p> <p>L'esame si basa esclusivamente su una necessità medica, come una perdita dell'udito dovuta a malattia, infortunio o intervento chirurgico.</p> <p><b>Servizi per l'udito (Supplementari) *</b></p> <p>Oltre ai servizi per l'udito coperti da Medicare, è possibile sottoporsi a un esame dell'udito di routine una volta ogni anno solare. Dopo il test dell'udito di routine, è possibile che le venga applicato un apparecchio acustico. Per trovare un fornitore di apparecchi acustici convenzionato vicino a lei, può:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chiamare il nostro Reparto Servizio per i Membri, oppure</li> <li>2. Cercare online – utilizzando il nostro strumento di ricerca online per fornitori di apparecchi acustici supplementari su <a href="http://MolinaHealthcare.com/Medicare">MolinaHealthcare.com/Medicare</a>.</li> </ol> <p>L'applicazione/valutazione degli apparecchi acustici può essere effettuata una volta ogni anno solare.</p> <p>Se le è stato detto che ha bisogno di apparecchi acustici, può acquistare fino a 2 apparecchi acustici prelezionati da un fornitore approvato dal piano ogni 2 anni per entrambe le orecchie.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per questi servizi.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
	<p><b>Screening dell'HIV</b></p> <p>Per le persone che chiedono un test di screening dell'HIV o che sono ad aumentato rischio di infezione da HIV, copriamo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un esame di screening ogni 12 mesi.</li> </ul> <p>Se è incinta, copriamo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fino a 3 esami di screening durante una gravidanza.</li> </ul>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per i membri idonei allo screening preventivo dell'HIV coperto da Medicare.</p>


**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

Servizi coperti	Importo a suo carico
<p><b>Assistenza sanitaria a domicilio</b></p> <p>Prima di ricevere servizi di assistenza sanitaria a domicilio, un medico deve certificare che ha bisogno di servizi di assistenza sanitaria a domicilio e ordinerà che i servizi di assistenza sanitaria a domicilio siano forniti da un'agenzia di assistenza sanitaria a domicilio. È necessario essere costretti a casa, il che significa che uscire di casa è uno sforzo notevole.</p> <p>I servizi coperti includono, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servizi di assistenza infermieristica e sanitaria a domicilio qualificati a tempo parziale o intermittenti (per essere coperti in base alla prestazione di assistenza sanitaria a domicilio, i servizi di assistenza infermieristica e sanitaria a domicilio combinati devono essere inferiori a 8 ore al giorno e 35 ore alla settimana)</li> <li>• Fisioterapia, terapia occupazionale e logopedia</li> <li>• Servizi medici e sociali</li> <li>• Apparecchiature e forniture mediche</li> </ul>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per questi servizi.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
<p><b>Terapia infusione a domicilio</b></p> <p>La terapia infusione a domicilio prevede la somministrazione endovenosa o sottocutanea di farmaci o prodotti biologici a un individuo a casa. I componenti necessari per eseguire l'infusione a domicilio includono il farmaco (ad esempio, antivirali, immunoglobuline), apparecchiature (ad esempio, una pompa) e forniture (ad esempio, tubi e cateteri).</p> <p>I servizi coperti includono, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizi professionali, compresi i servizi infermieristici, forniti in conformità con il piano di assistenza</li> <li>• Formazione e istruzione dei pazienti non altrimenti coperte dal prestazione delle apparecchiature mediche durevoli</li> <li>• Monitoraggio remoto</li> <li>• Servizi di monitoraggio per la fornitura di terapia infusione a domicilio e farmaci infusionali a domicilio forniti da un fornitore qualificato di terapia infusione a domicilio</li> </ul>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per questi servizi.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

Servizi coperti	Importo a suo carico
<p><b>Assistenza in hospice</b></p> <p>Ha diritto all'assistenza in hospice quando il suo medico e il direttore medico dell'hospice le hanno dato una prognosi terminale che certifica che è malato terminale e ha 6 mesi o meno di vita se la sua malattia ha un decorso normale. Può ricevere assistenza da qualsiasi programma di hospice certificato Medicare. Il suo piano è obbligato ad aiutarla a trovare programmi di assistenza in hospice certificati Medicare nell'area di servizio del piano, compresi quelli che possediamo, controlliamo o in cui abbiamo un interesse finanziario. Il medico dell'hospice può essere un fornitore convenzionato o meno.</p> <p>I servizi coperti includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmaci per il controllo dei sintomi e il sollievo dal dolore</li> <li>• Assistenza di sollievo a breve termine</li> <li>• Assistenza a domicilio</li> </ul> <p>Se viene ammesso in un hospice, ha il diritto di rimanere nel nostro piano; se rimane nel nostro piano, deve continuare a pagare i premi del piano.</p> <p><b><u>Per i servizi di hospice e i servizi coperti da Medicare Part A o B che sono correlati alla prognosi terminale:</u></b> Original Medicare (e non il nostro piano) pagherà il fornitore di assistenza in hospice per i servizi di hospice e tutti i servizi della Parte A e della Parte B correlati alla sua prognosi terminale. Mentre è nel programma di assistenza in hospice, il suo fornitore di assistenza in hospice fatturerà a Original Medicare per i servizi che Original Medicare paga. Le verrà addebitata la partecipazione ai costi di Original Medicare.</p> <p><b><u>Per i servizi coperti da Medicare Part A o B e non correlati alla prognosi terminale:</u></b> se ha bisogno di servizi non urgenti e non di emergenza che sono coperti da Medicare Part A o B e che non sono correlati alla sua prognosi terminale, il suo costo per questi servizi dipende dal fatto che utilizzi un fornitore convenzionato del nostro piano e segua le regole del piano (ad esempio se è necessario ottenere un'autorizzazione preventiva).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se si ottengono i servizi coperti da un fornitore convenzionato e si seguono le regole del piano per ottenere il servizio, si paga solo l'importo di partecipazione ai costi del piano per i servizi convenzionati</li> <li>• Se si ottengono i servizi coperti da un fornitore non convenzionato, si paga la partecipazione ai costi come previsto da Original Medicare</li> </ul>	<p>Quando si iscrive a un programma di hospice certificato da Medicare, i servizi di hospice e i servizi della Parte A e della Parte B relativi alla prognosi terminale sono pagati da Original Medicare, non da Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).</p>

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti</b>	<b>Importo a suo carico</b>
	<p><b>Assistenza in hospice (continua)</b></p> <p><b>Per i servizi coperti da Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ma non coperti da Medicare Part A o B:</b> Senior Whole Health of New York NHC continuerà a coprire i servizi coperti dal piano che non sono coperti dalla Parte A o B indipendentemente dal fatto che siano correlati o meno alla prognosi terminale. Paga l'importo di partecipazione ai costi del nostro piano per questi servizi.</p> <p><b>Per i farmaci che possono essere coperti dalle prestazioni della Parte D del nostro piano:</b> se questi farmaci non sono correlati alla sua condizione di hospice terminale, paga la partecipazione ai costi. Se sono correlati alla sua condizione di hospice terminale, paga la partecipazione ai costi di Original Medicare. I farmaci non sono mai coperti sia dall'assistenza in hospice che dal nostro piano allo stesso tempo. Per ulteriori informazioni, consulti il Capitolo 5, Sezione 9.4).</p> <p><b>Nota:</b> se ha bisogno di assistenza non in hospice (cure che non sono correlate alla sua prognosi terminale), ci contatti per organizzare i servizi.</p> <p>Il nostro piano copre i servizi di consulto per l'hospice (una sola volta) per un malato terminale che non ha scelto la prestazione hospice.</p>	
	<p><b>Immunizzazioni</b></p> <p>I servizi Medicare Part B coperti includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaccini contro la polmonite</li> <li>• Vaccino/i antinfluenzale/i, una volta per ogni stagione influenzale in autunno e in inverno, con ulteriori vaccini antinfluenzali se necessari dal punto di vista medico</li> <li>• Vaccino contro l'epatite B se il rischio di contrarre l'epatite B è alto o intermedio</li> <li>• Vaccini COVID-19</li> <li>• Altri vaccini se lei è a rischio e se soddisfano le regole di copertura di Medicare Part B</li> </ul> <p>Copriamo anche la maggior parte degli altri vaccini per adulti nell'ambito della nostra prestazione per farmaci della Parte D. Per maggiori informazioni, consulti il Capitolo 6, Sezione 8.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per i vaccini contro polmonite, influenza, epatite B e COVID-19.</p>

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

Servizi coperti	Importo a suo carico
<p><b>Regime di ricovero ospedaliero</b></p> <p>Include l'assistenza con ricovero urgente, la riabilitazione ospedaliera, ospedali di assistenza a lungo termine e altri tipi di servizi di ricovero ospedaliero. Il regime di ricovero ospedaliero inizia il giorno in cui viene formalmente ricoverato in ospedale su ordine di un medico. Il giorno prima di essere dimesso è il suo ultimo giorno di degenza.</p> <p>I servizi coperti comprendono, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stanza semi-privata (o una stanza privata se necessario dal punto di vista medico)</li> <li>• Pasti che includono diete speciali</li> <li>• Servizi infermieristici regolari</li> <li>• Costi delle unità di cure speciali (come terapia intensiva o unità di terapia coronarica)</li> <li>• Farmaci e medicinali</li> <li>• Esami di laboratorio</li> <li>• Radiografie e altri servizi radiologici</li> <li>• Forniture chirurgiche e mediche necessarie</li> <li>• Uso di attrezzature, come sedie a rotelle</li> <li>• Costi operativi e di sala di risanamento</li> <li>• Terapia fisica, occupazionale e logopedica</li> <li>• Servizi ospedalieri per i disturbi da uso di sostanze</li> <li>• In determinate condizioni, sono coperti i seguenti tipi di trapianti: corneale, renale, rene-pancreatico, cuore, fegato, polmone, cuore/polmone, midollo osseo, cellule staminali e intestino/multiviscerale. Se ha bisogno di un trapianto, provvederemo a far esaminare il suo caso da un Centro trapianti approvato da Medicare che deciderà se è un candidato per un trapianto. I fornitori di trapianti possono essere locali o al di fuori dell'area di servizio. Se i nostri servizi di trapianto convenzionati sono al di fuori del modello di assistenza della comunità, può scegliere di recarsi localmente purché i fornitori di trapianti locali siano disposti ad accettare la tariffa Original Medicare. Se Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) fornisce servizi di trapianto in un luogo al di fuori del modello di assistenza per i trapianti della sua comunità e lei sceglie di ricevere il trapianto in questo luogo lontano, organizzeremo o pagheremo i costi di alloggio e trasporto appropriati per Lei e un accompagnatore. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) prevede l'assistenza medica correlata alle <i>fasi del trapianto</i>, con un massimale giornaliero di</li> </ul>	<p>Paga \$0 per i giorni da 1 a 90 di una degenza in ospedale per periodo di prestazione.</p> <p>Il nostro piano copre 60 "giorni di riserva a vita". Questi sono giorni extra che copriamo.</p> <p>Se la degenza in ospedale è superiore a 90 giorni per periodo di prestazione, è possibile usufruire di questi 60 giorni extra, la copertura ospedaliera per ricovero sarà limitata a 90 giorni per periodo di prestazione.</p> <p>I servizi aggiuntivi possono essere coperti in conformità con le prestazioni e le linee guida Medicaid.</p> <p>Se riceve cure ospedaliere autorizzate in un ospedale non convenzionato dopo che le sue condizioni di emergenza si sono stabilizzate, il suo costo è la partecipazione ai costi che pagherebbe in un ospedale convenzionato.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>


**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

Servizi coperti	Importo a suo carico
<p><b>Regime di ricovero ospedaliero* (continua)</b></p> <p>\$150. Inoltre, può essere richiesto il rimborso chilometrico all'importo equivalente alle tariffe chilometriche standard per i contribuenti, come descritto dall'Internal Revenue Service (IRS), che viene adeguato e pubblicato pubblicamente. L'importo massimo pagabile per tutti i rimborsi di viaggio, alloggio, pasti e chilometraggio è di cinquemila dollari (\$5,000) per trapianto, in conformità alle linee guida del piano.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangue, compresa la conservazione e la somministrazione. La copertura per sangue intero e globuli concentrati inizia solo a partire dalla quarta unità di sangue di cui ha bisogno. Deve pagare i costi per le prime 3 unità di sangue che riceve in un anno solare o con una donazione di sangue effettuata da lei o da qualcun altro. Tutti gli altri componenti del sangue sono coperti a partire dalla prima unità.</li> <li>• Servizi medici</li> </ul> <p><b>Nota:</b> per essere ricoverato, il suo medico deve scrivere un ordine per ammetterla formalmente come ricoverato dell'ospedale. Anche se lei resta per una notte in ospedale, potrebbe comunque essere considerato un paziente ambulatoriale. Se non è sicuro di essere un paziente ricoverato o ambulatoriale, chieda al personale ospedaliero.</p> <p>Per ulteriori informazioni, consulti la scheda informativa sulle <i>prestazioni ospedaliere di Medicare</i>. Questa scheda informativa è disponibile sul sito <a href="http://www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o chiamando il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048. Può chiamare questi numeri gratuitamente, 24 ore al giorno, 7 giorni su 7.</p>	


**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

Servizi coperti	Importo a suo carico
<p><b>Servizi di degenza in un ospedale psichiatrico</b></p> <p>I servizi coperti includono i servizi di assistenza sanitaria mentale che richiedono una degenza in ospedale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Può ottenere questi servizi in un ospedale generale o in un ospedale psichiatrico che si prende cura solo di persone con condizioni di salute mentale.</li> <li>• Se si trova in un ospedale psichiatrico (invece di un ospedale generale), Medicare paga solo fino a 190 giorni di servizi psichiatrici ospedalieri durante la sua vita.</li> <li>• Se ha utilizzato parte del suo limite di 190 giorni come massimale a vita prima di iscriversi al nostro piano, il numero di giorni di ospedale a vita coperti è ridotto del numero di giorni di ricovero per cure di salute mentale precedentemente coperte da Medicare in un ospedale psichiatrico.</li> <li>• Il limite di 190 giorni non si applica ai servizi di salute mentale forniti in un'unità psichiatrica di un ospedale generale.</li> <li>• Non c'è limite al numero di periodi di prestazione che può avere quando riceve assistenza per la salute mentale in un ospedale generale. Può anche avere più periodi di prestazione quando riceve cure in un ospedale psichiatrico, ma c'è un limite di vita di 190 giorni.</li> <li>• Medicaid copre i soggiorni ospedalieri dopo il raggiungimento del limite di 190 giorni. Non ci sono periodi di prestazione o limiti di durata.</li> <li>• È necessario utilizzare fornitori di servizi per la salute comportamentale a contratto. Contatti il Servizio per i Membri per un elenco di fornitori di servizi per la salute comportamentale convenzionati.</li> </ul> <p>Medicare non copre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Assistenza infermieristica privata</li> <li>◦ Un telefono o un televisore in camera</li> </ul> <p><b>Una stanza privata (a meno che non sia necessaria dal punto di vista medico)</b></p>	<p>Il membro paga \$0 per i giorni da 1 a 90 di degenza in ospedale per ciascun periodo di prestazione.</p> <p>Il nostro piano copre anche 60 “giorni di riserva a vita”. Questi sono giorni extra che copriamo. Se la degenza in ospedale è superiore a 90 giorni per periodo di prestazione, è possibile usufruire di questi giorni extra. Tuttavia, una volta esauriti questi 60 giorni extra, la copertura ospedaliera per ricovero sarà limitata a 90 giorni per periodo di prestazione.</p> <p>Se riceve cure ospedaliere autorizzate in un ospedale non convenzionato dopo che le sue condizioni di emergenza si sono stabilizzate, il suo costo è la partecipazione ai costi che pagherebbe in un ospedale convenzionato.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b> Tranne in caso di emergenza, il suo medico deve dirci che sta per essere ricoverato in ospedale.</p>

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti</b>	<b>Importo a suo carico</b>
	<p><b>Ricovero ospedaliero: servizi coperti ricevuti in un ospedale o SNF durante una degenza in ospedale non coperta</b></p> <p>Se ha esaurito le sue prestazioni ospedaliere o se il ricovero ospedaliero non è ragionevole e necessario, non copriremo la sua degenza ospedaliera. In alcuni casi, copriremo alcuni servizi che riceve mentre è in ospedale o nella struttura di assistenza infermieristica qualificata (SNF). I servizi coperti includono, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizi medici</li> <li>• Esami diagnostici (come esami di laboratorio)</li> <li>• Radiografie, radioterapia e terapia isotopica, compresi i materiali e i servizi del tecnico</li> <li>• Medicazioni chirurgiche</li> </ul> <p><b>Ricovero ospedaliero: servizi coperti ricevuti in un ospedale o SNF durante una degenza in ospedale non coperta (continua)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stecche, gessi e altri dispositivi utilizzati per ridurre fratture e lussazioni</li> <li>• Dispositivi protesici e ortesici (diversi da quelli dentali) che sostituiscono tutto o parte di un organo interno del corpo (compresi i tessuti contigui), o tutta o parte della funzione di un organo interno del corpo permanentemente inoperante o con difetti di funzionamento, compresa la sostituzione o la riparazione di tali dispositivi</li> <li>• Tutori per gambe, braccia, schiena e collo; cinture erniarie, protesi di gambe, braccia e oculari, comprese le regolazioni, le riparazioni e le sostituzioni necessarie a causa di rottura, usura, perdita o cambiamento delle condizioni fisiche del paziente</li> </ul> <p><b>Fisioterapia, logopedia e terapia occupazionale</b></p>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, copayment o franchigia per la prestazione.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
	<p><b>Terapia nutrizionale medica</b></p> <p>Questa prestazione è per le persone con diabete, malattia renale (ma non in dialisi) o dopo un trapianto di rene quando prescritto dal medico.</p> <p><b>Copriamo 3 ore di servizi di consulenza individuale durante il primo anno in cui riceve servizi di terapia nutrizionale medica nell'ambito di Medicare (questo include il nostro piano, qualsiasi altro piano Medicare Advantage o Original Medicare) e 2 ore ogni anno successivo. Se le sue condizioni, il trattamento o la diagnosi cambiano, potrebbe essere in grado di ricevere più ore di trattamento con l'ordine di un medico. Un medico deve prescrivere questi servizi e rinnovare il loro ordine ogni anno se il trattamento è necessario nell'anno solare successivo.</b></p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per i membri idonei per i servizi di terapia nutrizionale medica coperti da Medicare.</p>

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti</b>	<b>Importo a suo carico</b>
	<p><b>Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)</b></p> <p><b>I servizi MDPP sono coperti per le persone idonee nell'ambito di tutti i piani sanitari Medicare.</b></p> <p><b>MDPP è un intervento strutturato sul cambiamento del comportamento sanitario che fornisce una formazione pratica sul cambiamento dietetico a lungo termine, una maggiore attività fisica e strategie di risoluzione dei problemi per superare le sfide per sostenere la perdita di peso e uno stile di vita sano.</b></p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per la prestazione MDPP.</p>
	<p><b>Farmaci Medicare Part B</b></p> <p><b>Questi farmaci sono coperti dalla Parte B di Original Medicare. I membri del nostro piano ricevono copertura per questi farmaci attraverso il nostro piano. I farmaci coperti includono:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmaci che di solito non sono auto-somministrati dal paziente e vengono iniettati o infusi mentre si ricevono servizi medici, ambulatoriali ospedalieri o ambulatoriali del centro chirurgico</li> <li>• Insulina fornita attraverso un'apparecchiatura medica durevole (come una pompa per insulina necessaria dal punto di vista medico)</li> <li>• Altri farmaci che assume utilizzando apparecchiature mediche durevoli (come i nebulizzatori) autorizzate dal nostro piano</li> <li>• Il farmaco per l'Alzheimer, Leqembi® (nome generico lecanemab), che viene somministrato per via endovenosa. Oltre ai costi dei farmaci, potrebbero essere necessari ulteriori ecografie ed esami prima e/o durante il trattamento, che potrebbero aumentare i costi complessivi. Parli con il suo medico delle ecografie e degli esami di cui potrebbe aver bisogno nell'ambito del suo trattamento.</li> <li>• Fattori della coagulazione auto-somministrati per iniezione in caso di emofilia</li> <li>• Farmaci immunosoppressori per trapianti: Medicare copre la terapia farmacologica per il trapianto se Medicare ha pagato il trapianto di organi. È necessario avere la Parte A al momento del trapianto coperto e la Parte B al momento della somministrazione di farmaci immunosoppressivi. La copertura dei farmaci di Medicare Part D copre i farmaci immunosoppressivi se questi non sono coperti dalla Parte B</li> <li>• I farmaci iniettabili per l'osteoporosi, se si è costretti a casa, si ha una frattura ossea che un medico certifica essere correlata all'osteoporosi post-menopausa e non è possibile autosomministrarsi il farmaco</li> <li>• Alcuni antigeni: Medicare copre gli antigeni se un medico li prepara e se una persona adeguatamente addestrata (che potrebbe essere il paziente) li somministra sotto adeguata supervisione</li> </ul>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per questa prestazione.</p> <p><b>I farmaci della Parte B possono essere soggetti a una terapia scalare.</b></p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

Servizi coperti	Importo a suo carico
<p><b>Farmaci Medicare Part B (continua)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcuni farmaci antitumorali per via orale: Medicare copre alcuni farmaci oncologici assunti per bocca se lo stesso farmaco è disponibile in forma iniettabile o se il farmaco è un prodrug (una forma orale di un farmaco che, una volta ingerito, si scompone nello stesso principio attivo presente nel farmaco iniettabile) del farmaco iniettabile. Quando saranno disponibili nuovi farmaci antitumorali per via orale, è possibile che la Parte B li copra. Se non sono coperti dalla Parte B, saranno coperti dalla Parte D.</li> <li>• Farmaci antiemetici orali: Medicare copre i farmaci antiemetici orali utilizzati nell'ambito di un regime chemioterapico antitumorale se vengono somministrati prima, durante o entro 48 ore dalla chemioterapia o se vengono utilizzati come sostituzione terapeutica completa di farmaci antiemetici per via endovenosa.</li> <li>• Alcuni farmaci orali per la malattia renale allo stadio terminale (ESRD) coperti da Medicare Part B</li> <li>• Farmaci calcimimetici e leganti del fosfato nell'ambito del sistema di pagamento ESRD, tra cui il farmaco per via endovenosa Parsabiv® e il farmaco per via orale Sensipar®</li> <li>• Alcuni farmaci per la dialisi a domicilio, tra cui l'eparina, l'antidoto per l'eparina quando necessario dal punto di vista medico e gli anestetici topici</li> <li>• Agenti stimolanti l'eritropoiesi: Medicare copre l'eritropoietina per iniezione se è affetto da malattia renale allo stadio terminale (ESRD) o se ha bisogno di questo farmaco per trattare l'anemia correlata ad altre condizioni (come Retacrit®, Aranesp®)</li> <li>• Immunoglobuline per via endovenosa per il trattamento a domicilio delle malattie da immunodeficienza primaria</li> <li>• Nutrizione parenterale ed enterale (alimentazione endovenosa e con sondino)</li> </ul> <p>In alcuni casi, il nostro piano prevede che lei debba prima provare determinati farmaci per il trattamento della sua patologia prima che venga coperto un altro farmaco per la stessa patologia. Ad esempio, se il farmaco A e il farmaco B trattano entrambi la stessa condizione, ma il farmaco A costa meno, potrebbe essere necessario provare prima il farmaco A. Se il farmaco A non funziona, copriremo il farmaco B. Per saperne di più su come determiniamo la necessità di una terapia graduale, visiti il sito SWHNY.com.</p> <p>Copriamo anche alcuni vaccini nell'ambito della Parte B e la maggior parte dei vaccini per adulti nell'ambito della nostra copertura dei farmaci della Parte D.</p> <p>Il Capitolo 5 illustra la prestazione relativa ai farmaci della Parte D, comprese le regole che deve seguire per coprire le prescrizioni. Quanto paga per i farmaci della Parte D attraverso il nostro piano è illustrato nel Capitolo 6.</p>	

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti</b>	<b>Importo a suo carico</b>
	<p><b>Screening e terapia dell'obesità per promuovere una perdita di peso sostenuta</b></p> <p>Se ha un indice di massa corporea di 30 o più, copriamo la consulenza intensiva per aiutarla a perdere peso. Questa consulenza è coperta se la riceve in un ambiente di assistenza primaria, dove può essere coordinata con il suo piano di prevenzione completo. Per ulteriori informazioni, rivolgersi al medico di base o al professionista.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per lo screening e la terapia preventiva dell'obesità.</p>
	<p><b>Servizi del programma di trattamento con oppioidi</b></p> <p>I membri del nostro piano con disturbo da uso di oppioidi (OUD) possono ricevere la copertura dei servizi per il trattamento dell'OUD attraverso un programma di trattamento degli oppioidi (OTP) che include i seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmaci per il trattamento farmacologico assistito (MAT) agonisti e antagonisti degli oppioidi approvati dalla Food and Drug Administration (FDA) degli Stati Uniti</li> <li>• Distribuzione e somministrazione di farmaci MAT (se applicabile)</li> <li>• Consulenza sull'uso di sostanze</li> <li>• Terapia individuale e di gruppo</li> <li>• Test tossicologici</li> <li>• Attività di accoglienza</li> <li>• Valutazioni periodiche</li> </ul>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per i servizi del programma di trattamento ambulatoriale con oppioidi coperti da Medicare.</p> <p><b>Non è necessaria un'autorizzazione preventiva per i servizi del programma di trattamento ambulatoriale con oppioidi coperti da Medicare, ma potrebbe essere necessaria se si richiedono farmaci per il trattamento con oppioidi.</b></p>
	<p><b>Esami diagnostici ambulatoriali e prestazioni e forniture terapeutiche</b></p> <p>I servizi coperti includono, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografie</li> <li>• Radioterapia (radio e isotopi) compresi i materiali e le forniture del tecnico</li> <li>• Forniture chirurgiche, come medicazioni</li> <li>• Stecche, gessi e altri dispositivi utilizzati per ridurre fratture e lussazioni</li> <li>• Esami di laboratorio</li> <li>• Sangue, compresa la conservazione e la somministrazione. La copertura per sangue intero e globuli concentrati inizia solo a partire dalla quarta unità di sangue di cui ha bisogno: deve pagare i costi per le prime 3 unità di sangue che riceve in un anno solare o con una donazione di sangue effettuata da lei o da qualcun altro. Tutti gli altri componenti del sangue sono coperti a partire dalla prima unità (ca. 500 ml) utilizzata</li> <li>• Altri test diagnostici ambulatoriali – servizi diagnostici non radiologici come ECG (EKG), EEG, test di funzionalità polmonare, studi del sonno e test di stress del tapis roulant</li> </ul>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per questa prestazione.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti</b>	<b>Importo a suo carico</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizi radiologici diagnostici (sia complessi che non complessi) come scansioni specialistiche, TC, SPECT, PET, RM, Angio-RM, studi nucleari, ultrasuoni, mammografie diagnostiche e procedure radiologiche interventistiche (studi di mielografia, cistogramma, angiogramma e bario)</li> <li>• Non è necessaria alcuna autorizzazione per i servizi di laboratorio ambulatoriale e per i servizi radiologici ambulatoriali.</li> </ul>	
	<p><b>Osservazione ambulatoriale ospedaliera</b></p> <p>I servizi di osservazione sono servizi ambulatoriali ospedalieri forniti per determinare se è necessario essere ricoverati in regime di ricovero o se si può essere dimessi.</p> <p>Affinché i servizi di osservazione ospedaliera ambulatoriale siano coperti, devono soddisfare i criteri Medicare ed essere considerati ragionevoli e necessari. I servizi di osservazione sono coperti solo se forniti su ordine di un medico o di un altro individuo autorizzato dalla legge statale sulle autorizzazioni e dallo statuto del personale ospedaliero ad ammettere i pazienti in ospedale o a ordinare esami ambulatoriali.</p> <p><b>Nota:</b> a meno che il fornitore non abbia scritto un ordine per ammetterla come ricoverato in ospedale, è un paziente ambulatoriale e paga gli importi di partecipazione ai costi per i servizi ospedalieri ambulatoriali. Anche se lei resta per una notte in ospedale, potrebbe comunque essere considerato un paziente ambulatoriale. Se non è sicuro di essere un paziente ambulatoriale, chiedi al personale ospedaliero.</p> <p>Per ulteriori informazioni, consulta la scheda informativa sulle <i>prestazioni ospedaliere di Medicare</i>. Questa scheda informativa è disponibile sul sito <a href="http://www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o chiamando il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048. Può chiamare questi numeri gratuitamente, 24 ore su 24, 7 giorni alla settimana.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per questi servizi.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

Servizi coperti	Importo a suo carico
<p><b>Servizi ospedalieri ambulatoriali</b></p> <p>Sono coperti i servizi necessari dal punto di vista medico ricevuti nel reparto ambulatoriale di un ospedale per la diagnosi o il trattamento di una malattia o di un infortunio.</p> <p>I servizi coperti includono, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizi in un pronto soccorso o ambulatorio, come servizi di osservazione o chirurgia ambulatoriale</li> <li>• Esami di laboratorio e diagnostici fatturati dall'ospedale</li> <li>• Assistenza sanitaria mentale, compresa l'assistenza in un programma di ospedalizzazione parziale, se un medico certifica che sarebbe necessario un trattamento ospedaliero senza di essa</li> <li>• Radiografie e altri servizi radiologici fatturati dall'ospedale</li> <li>• Forniture mediche come stecche e gessi</li> <li>• Alcuni farmaci e prodotti biologici che non possono essere somministrati da soli</li> </ul> <p><b>Nota:</b> a meno che il fornitore non abbia scritto un ordine per ammetterla come ricoverato in ospedale, è un paziente ambulatoriale e paga gli importi di partecipazione ai costi per i servizi ospedalieri ambulatoriali. Anche se lei resta per una notte in ospedale, potrebbe comunque essere considerato un paziente ambulatoriale. Se non è sicuro di essere un paziente ambulatoriale, chieda al personale ospedaliero.</p> <p>Inoltre ulteriori informazioni sono disponibili nella scheda informativa di Medicare intitolata <i>È un paziente ospedaliero ricoverato o ambulatoriale? Se ha Medicare, chieda informazioni!</i> Questa scheda informativa è disponibile sul web all'indirizzo <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o chiamando il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.</p> <p>Può chiamare questi numeri gratuitamente, 24 ore su 24, 7 giorni alla settimana.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per questi servizi.</p> <p>I servizi ospedalieri ambulatoriali sono coperti dalle altre prestazioni della presente tabella. Vedere questi e altri prestazioni quando l'assistenza viene prestata in un ambiente ospedaliero ambulatoriale:</p> <p>“Cure d'emergenza”</p> <p>“Copertura di emergenza/urgente in tutto il mondo”</p> <p>“Esami diagnostici ambulatoriali e servizi” terapeutici e forniture</p> <p>“Interventi chirurgici ambulatoriali forniti presso strutture ospedaliere ambulatoriali e centri chirurgici ambulatoriali”</p> <p>“Ricovero ospedaliero parziale”</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

<b>Servizi coperti</b>	<b>Importo a suo carico</b>
<p><b>Assistenza ambulatoriale per la salute mentale</b></p> <p>I servizi coperti includono:</p> <p>Servizi di assistenza per la salute mentale forniti da uno psichiatra o un medico con licenza statale, uno psicologo clinico, un assistente sociale clinico, un infermiere clinico, un consulente professionale autorizzato (LPC), un terapeuta matrimoniale e familiare autorizzato (LMFT), un infermiere (NP), un assistente medico (PA) o un altro professionista della salute mentale qualificato Medicare, come consentito dalle leggi statali applicabili.</p> <p>La sua copertura di assistenza ambulatoriale per la salute mentale Medicare include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uno screening della depressione ogni anno solare. Lo screening deve essere effettuato in uno studio medico di base o in una clinica di cure primarie in grado di fornire un trattamento di follow-up e rinvii.</li> <li>• Psicoterapia individuale e di gruppo con medici o determinati professionisti autorizzati dallo stato in cui si ottengono questi servizi.</li> <li>• Consulenza familiare, se lo scopo principale è quello di aiutare con il trattamento.</li> <li>• Test per scoprire se sta ricevendo i servizi di cui ha bisogno e se il suo attuale trattamento la sta aiutando.</li> <li>• Valutazione psichiatrica.</li> <li>• Gestione dei farmaci.</li> </ul>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per questa prestazione.</p> <p>Vedere “Screening della depressione” in questa tabella per lo screening annuale della depressione.</p> <p>Se ha bisogno di questo trattamento ambulatoriale per la salute mentale coperto da Medicare, consulti la sezione “Ricovero ospedaliero parziale” di questa tabella.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
<p><b>Servizi di riabilitazione ambulatoriale</b></p> <p>I servizi coperti includono: fisioterapia, terapia occupazionale e logopedia.</p> <p>I servizi di riabilitazione ambulatoriale sono forniti in vari contesti ambulatoriali, come reparti ambulatoriali ospedalieri, studi di terapeuti indipendenti e strutture di riabilitazione ambulatoriale completa (CORF).</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni e copayment per questa prestazione.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

Servizi coperti	Importo a suo carico
<p><b>Servizi ambulatoriali per i disturbi da uso di sostanze</b></p> <p>I servizi coperti includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizi ambulatoriali per il trattamento delle dipendenze coperti da Medicare.</li> <li>• Inoltre, Medicaid copre visite di terapia individuale e di gruppo. L'iscritto deve essere in grado di chiedere direttamente la valutazione di un fornitore convenzionato in un periodo di dodici (12) mesi.</li> </ul> <p>Deve utilizzare un fornitore di Senior Whole Health Healthcare Behavioral Health.</p> <p>Si prega di contattare il Servizio per i Membri per ulteriori informazioni.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni e copayment per questa prestazione.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
<p><b>Chirurgia ambulatoriale, compresi i servizi forniti presso le strutture ambulatoriali ospedaliere e i centri chirurgici ambulatoriali</b></p> <p><b>Nota:</b> se si sta sottoponendo a un intervento chirurgico in una struttura ospedaliera, deve verificare con il suo medico se sarà ricoverato o in regime ambulatoriale. A meno che il fornitore non scriva un ordine per ammetterla per il ricovero in ospedale, è un paziente ambulatoriale e paga gli importi di partecipazione ai costi per la chirurgia ambulatoriale. Anche se lei resta per una notte in ospedale, potrebbe comunque essere considerato un paziente ambulatoriale.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni e copayment per questa prestazione.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
<p><b>Articoli da banco (OTC) (supplementari)*</b></p> <p>Con la tessera Healthy You riceve \$285 ogni mese da spendere per articoli, prodotti e farmaci da banco (OTC) approvati dal piano. Questo assegno mensile è condiviso con l'assegno per generi alimentari e prodotti ortofrutticoli (SSBCI)*, trasporto verso le sedi approvate dal piano, apparecchi acustici OTC, servizi di trasporto non urgenti (SSBCI)* e servizi di pubblica utilità (SSBCI)*. L'indennità può essere utilizzata per gli articoli da banco (OTC), generi alimentari e prodotti ortofrutticoli (SSBCI)*, il trasporto verso le località approvate dal piano, gli apparecchi acustici OTC, i servizi di trasporto non urgenti (supplementari) o l'assistenza per i servizi di pubblica utilità (elettricità, gas naturale e acqua). Se non utilizza tutto l'importo della prestazione mensile, il saldo rimanente scadrà e non passerà al mese successivo.</p> <p>La copertura include articoli per la salute e il benessere da banco (OTC) non soggetti a prescrizione come vitamine, creme solari, antidolorifici, medicine per la tosse e il raffreddore e bende.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigia se utilizza la tessera Healthy You.</p> <p>I costi potrebbero essere a suo carico se supera l'indennità massima mensile.</p> <p>Possono essere applicate limitazioni ed esclusioni.</p>

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

Servizi coperti	Importo a suo carico
<p><b>Articoli da banco (OTC) (supplementari)* (continua)</b></p> <p>È possibile ordinare:</p> <p>Online – sul sito NationsOTC.com/Molina</p> <p>Per telefono – al numero 877-208-9243 parlando con un consulente NationsOTC al (TTY 711), 24 ore su 24, sette giorni su sette, 365 giorni all'anno.</p> <p>Per posta - compilando e inviando il modulo dell'ordine contenuto nel catalogo dei prodotti.</p> <p>Attraverso i punti vendita aderenti all'iniziativa.</p> <p>Per un elenco completo degli articoli OTC approvati dal piano, può consultare il catalogo dei prodotti OTC 2026 o rivolgersi a un addetto all'assistenza OTC per ulteriori informazioni. Troverà informazioni importanti (linee guida per gli ordini) nel Catalogo dei prodotti OTC 2026.</p> <p>Per ulteriori informazioni, contatti il Servizio per i Membri.</p> <p><b>*Requisiti di idoneità per le condizioni croniche</b></p>	
<p><b>Servizi ospedalieri di ricovero parziale e servizi ambulatoriali intensivi</b></p> <p><i>Il ricovero parziale</i> è un programma strutturato di trattamento psichiatrico attivo fornito come servizio ambulatoriale ospedaliero o da un centro di salute mentale comunitario, che è più intenso delle cure da lei ricevute nello studio del medico, del terapeuta, del terapeuta matrimoniale e familiare autorizzato (LMFT) o del consulente professionale autorizzato ed è un'alternativa al ricovero ospedaliero.</p> <p><i>Il servizio ambulatoriale intensivo</i> è un programma strutturato di trattamento con terapia comportamentale (mentale) attivo fornito in un reparto ambulatoriale ospedaliero, in un centro di salute mentale comunitario, in un centro sanitario qualificato a livello federale o in una clinica rurale, che è più intenso delle cure da lei ricevute nello studio del medico, del terapeuta, del terapeuta matrimoniale e familiare autorizzato (LMFT) o del consulente professionale autorizzato, ma meno intenso del ricovero ospedaliero parziale.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigia per i servizi di ricovero ospedaliero parziale coperti da Medicare.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>



**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

Servizi coperti	Importo a suo carico
<p><b>Servizi medici/professionali, comprese le visite nello studio medico</b></p> <p>I servizi coperti includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistenza medica o servizi chirurgici necessari a lei forniti in uno studio medico, in un centro chirurgico ambulatoriale certificato, in un reparto ambulatoriale ospedaliero o in qualsiasi altra sede. Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</li> <li>• Consulto, diagnosi e trattamento da parte di uno specialista</li> <li>• Esami di base dell'udito e dell'equilibrio eseguiti dal medico di base (PCP) se richiesti dal medico per vedere se necessita di trattamento medico.</li> <li>• Alcuni servizi di telemedicina, inclusi i servizi di assistenza primaria <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Ha la possibilità di ottenere questi servizi attraverso una visita di persona o tramite telemedicina. Se si sceglie di ottenere uno di questi servizi tramite telemedicina, è necessario utilizzare un fornitore convenzionato che offra il servizio tramite telemedicina. Se si sceglie di ottenere uno di questi servizi tramite telemedicina, è necessario utilizzare un fornitore convenzionato che offra il servizio tramite telemedicina. Per individuare un fornitore convenzionato, visiti il nostro sito web all'indirizzo <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>.</li> <li>◦ Le visite mediche virtuali sono visite mediche effettuate al di fuori delle strutture mediche da fornitori virtuali che utilizzano la tecnologia online e funzionalità audio/video dal vivo.</li> <li>◦ Nota: Non tutte le condizioni mediche possono essere trattate attraverso visite virtuali. Il medico della visita virtuale identificherà se è necessario consultare un medico di persona per il trattamento.</li> </ul> </li> <li>• Servizi di telemedicina per visite mensili correlate alla malattia renale allo stadio terminale per i membri con dialisi a domicilio in un centro di dialisi renale ospedaliero o di accesso critico, struttura di dialisi renale o casa del membro. Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</li> <li>• Servizi di telemedicina per diagnosticare, valutare o trattare i sintomi di un ictus, indipendentemente dalla sua posizione. Potrebbe essere necessaria un'autorizzazione preventiva.</li> <li>• Servizi di telemedicina per i membri con un disturbo da uso di sostanze o un disturbo di salute mentale concomitante, indipendentemente dalla loro posizione. Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</li> </ul>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per questi servizi.</p>



**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti</b>	<b>Importo a suo carico</b>
	<p><b>Servizi di medici/professionali, comprese le visite nello studio medico (continua)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizi di telemedicina per la diagnosi, la valutazione e il trattamento dei disturbi di salute mentale se: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ ha una visita di persona nei 6 mesi precedenti la sua prima visita di telemedicina</li> <li>◦ ha una visita di persona ogni 12 mesi durante la fruizione di questi servizi di telemedicina</li> <li>◦ Possono essere fatte eccezioni a quanto sopra per determinate circostanze</li> </ul> </li> <li>• Servizi di telemedicina per visite di salute mentale forniti da cliniche sanitarie rurali e centri sanitari federali qualificati</li> <li>• Check-in virtuali (ad esempio, per telefono o chat video) con il medico per 5-10 minuti <b>se:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Non è un nuovo paziente <b>e</b></li> <li>◦ Il check-in non è correlato a una visita in studio negli ultimi 7 giorni <b>e</b></li> <li>◦ Il check-in non comporta una visita in studio entro 24 ore o al primo appuntamento disponibile</li> </ul> </li> <li>• Valutazione di video e/o immagini inviati al medico e interpretazione e follow-up da parte del medico entro 24 ore <b>se:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Non è un nuovo paziente <b>e</b></li> <li>◦ La valutazione non è correlata a una visita in studio negli ultimi 7 giorni <b>e</b></li> <li>◦ La valutazione non porta a una visita in studio entro 24 ore o al primo appuntamento disponibile</li> </ul> </li> <li>• Consulto del medico con altri medici per telefono, Internet o cartella clinica elettronica</li> <li>• Seconda opinione <i>da parte di un altro fornitore convenzionato</i> prima dell'intervento</li> <li>• Cure dentistiche non di routine (i servizi coperti sono limitati alla chirurgia della mandibola o delle strutture correlate, all'impostazione di fratture della mandibola o delle ossa facciali, all'estrazione dei denti per preparare la mandibola ai trattamenti radioterapici della malattia neoplastica del cancro o ai servizi che sarebbero coperti se forniti da un medico). Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</li> <li>• Servizi di monitoraggio in uno studio medico o in un ospedale ambulatoriale se sta assumendo farmaci anticoagulanti, come Coumadin, Eparina o Warfarin.</li> </ul>	



**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti</b>	<b>Importo a suo carico</b>
	<p><b>Servizi di podologia (coperti da Medicare)</b></p> <p>I servizi coperti includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosi e trattamento medico o chirurgico di lesioni e malattie dei piedi (come l'alluce valgo o gli speroni calcaneari)</li> <li>• Cura dei piedi di routine per i membri con determinate condizioni mediche che interessano gli arti inferiori</li> </ul>	<p>Non ci sono compartecipazioni o copayment per questa prestazione.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
	<p><b>Profilassi pre-esposizione (PrEP) per la prevenzione dell'HIV</b></p> <p>Se è affetto da HIV, ma il suo medico o un altro operatore sanitario ritiene che sia ad alto rischio di HIV, copriamo i farmaci per la profilassi pre-esposizione (PrEP) e i servizi correlati.</p> <p>Se ha i requisiti, i servizi coperti comprendono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmaco PrEP orale o iniettabile approvato dalla FDA. Se si tratta di un farmaco iniettabile, copriamo anche il costo dell'iniezione.</li> <li>• Fino a 8 sessioni di consulenza individuale (compresa la valutazione del rischio HIV, la riduzione del rischio HIV e l'aderenza ai farmaci) ogni 12 mesi.</li> <li>• Fino a 8 screening dell'HIV ogni 12 mesi.</li> </ul> <p>Uno screening una tantum del virus dell'epatite B.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigia per la prestazione PrEP.</p>
	<p><b>Esami di screening del cancro alla prostata</b></p> <p>Per gli uomini di età pari o superiore a 50 anni, i servizi coperti includono quanto segue, una volta ogni 12 mesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esame rettale digitale</li> <li>• Test dell'antigene prostatico specifico (PSA)</li> </ul>	<p>Non ci sono franchigie assicurative, contributi al pagamento o franchigie per un test annuale del PSA.</p>
	<p><b>Dispositivi protesici e ortesici e relative forniture</b></p> <p>Dispositivi (diversi da quelli dentali) che sostituiscono in tutto o in parte una parte o una funzione del corpo. Questi includono, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, prove, adattamenti o formazione sull'uso di dispositivi protesici e ortesici, nonché borse per colostomia e forniture direttamente correlate alla cura della colostomia, pacemaker, tutori, scarpe protesiche, arti artificiali e protesi mammarie (incluso un reggiseno chirurgico dopo una mastectomia). Include alcune forniture relative ai dispositivi protesici e ortesici e alla riparazione e/o sostituzione dei dispositivi protesici e ortesici. Include anche una copertura dopo la rimozione della cataratta o la chirurgia della cataratta. – Veda <i>Oculistica</i> più avanti in questa sezione per maggiori dettagli.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per questi servizi.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti</b>	<b>Importo a suo carico</b>
	<p><b>Servizi di riabilitazione polmonare</b></p> <p>Programmi completi di riabilitazione polmonare sono coperti per i membri che hanno una malattia polmonare ostruttiva cronica (BPCO) da moderata a molto grave e un ordine per la riabilitazione polmonare da parte del medico che cura la malattia respiratoria cronica.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni o copayment per questa prestazione.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
	<p><b>Screening e consulenza per ridurre l'abuso di alcol</b></p> <p>Copriamo uno screening per l'abuso di alcol per gli adulti (comprese le donne in gravidanza) che abusano di alcol, ma non ne sono dipendenti.</p> <p>Se è positivo allo screening per l'abuso di alcol, può ottenere fino a 4 brevi sessioni di consulenza in presenza all'anno (se è competente e vigile durante la consulenza) fornite da un medico di assistenza primaria qualificato o da un professionista in un contesto di assistenza primaria.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per lo screening e la consulenza coperti da Medicare per ridurre la prestazione preventiva dell'abuso di alcol.</p>
	<p><b>Screening per il cancro del polmone con tomografia computerizzata a basso dosaggio (LDCT)</b></p> <p>Per individui idonei, un LDCT è coperto ogni 12 mesi.</p> <p><b>I membri idonei sono:</b> persone di età compresa tra 50 e 77 anni che non hanno segni o sintomi di cancro ai polmoni, ma che abbiano fatto uso di tabacco nella quantità di almeno 20 pacchetti all'anno e che attualmente fumano o hanno cessato di fumare negli ultimi 15 anni, che ricevono un ordine scritto per LDCT durante una consulenza per lo screening del cancro al polmone e una visita decisionale condivisa che soddisfa i criteri Medicare per tali visite ed è fornita da un medico o un professionista non medico qualificato.</p> <p><i>Per gli screening del cancro al polmone LDCT dopo lo screening LDCT iniziale:</i> i membri devono ricevere un ordine per lo screening del cancro del polmone LDCT, che può essere fornito durante qualsiasi visita appropriata con un medico o un professionista non medico qualificato. Se un medico o un professionista non medico qualificato sceglie di fornire una consulenza per lo screening del cancro al polmone e una visita decisionale condivisa per i successivi screening del cancro del polmone con LDCT, la visita deve soddisfare i criteri Medicare per tali visite.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, contributi al pagamento o franchigie per la consulenza coperta da Medicare e la visita decisionale condivisa o per LDCT.</p>


**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti</b>	<b>Importo a suo carico</b>
	<p><b>Screening per l'infezione da virus dell'epatite C</b></p> <p>Copriamo uno screening dell'epatite C se il medico di base o un altro operatore sanitario qualificato lo ordina e se lei soddisfa una delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lei è ad alto rischio perché fa o ha fatto uso di droghe illecite per via iniettiva.</li> <li>• Ha subito una trasfusione di sangue prima del 1992.</li> <li>• Lei è nato tra il 1945 e il 1965.</li> </ul> <p>Se è nato tra il 1945 e il 1965 e non è considerato ad alto rischio, paghiamo una volta lo screening. Se è ad alto rischio (ad esempio, se ha continuato a fare uso di droghe illecite per via iniettiva dopo il precedente test di screening dell'epatite C negativo), copriamo gli screening annuali.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per i test di screening del virus dell'epatite C coperti da Medicare.</p>
	<p><b>Screening per le infezioni sessualmente trasmissibili (STI) e consulenza per la loro prevenzione</b></p> <p>Copriamo gli screening per le infezioni a trasmissione sessuale (STI) per la clamidia, la gonorrea, la sifilide e l'epatite B. Questi screening sono coperti per le donne in gravidanza e per alcune persone che sono ad aumentato rischio di una STI quando i test sono ordinati da un medico di base. Copriamo questi test una volta ogni 12 mesi o in determinati momenti durante la gravidanza.</p> <p>Copriamo anche fino a 2 persone per 20-30 minuti all'anno di consulenza comportamentale di persona ad alta intensità per adulti sessualmente attivi a maggior rischio di contrarre STI. Copriamo queste sessioni di consulenza come servizio preventivo solo se sono fornite da un medico di base e si svolgono in un ambiente di assistenza primaria, come uno studio medico.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per lo screening coperto da Medicare per le malattie sessualmente trasmissibili e per la consulenza per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili STI.</p>

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

Servizi coperti	Importo a suo carico
<p><b>Servizi per il trattamento delle malattie renali</b></p> <p>I servizi coperti includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizi di educazione sulle malattie renali per insegnare la cura dei reni e aiutare i membri a prendere decisioni informate sulla loro cura. Per i membri con malattia renale cronica in stadio IV quando vengono indirizzati dal loro medico, copriamo fino a 6 sessioni di servizi educativi sulle malattie renali per tutta la vita</li> <li>• Trattamenti di dialisi ambulatoriali (compresi i trattamenti di dialisi quando temporaneamente fuori dall'area di servizio, come spiegato nel Capitolo 3, o quando il fornitore di questo servizio è temporaneamente non disponibile o inaccessibile)</li> <li>• Trattamenti di dialisi ospedaliera (se si è ricoverati in un ospedale per cure speciali)</li> <li>• Formazione sull'auto-dialisi (include formazione per te e chiunque ti aiuti con i trattamenti di dialisi a domicilio)</li> <li>• Attrezzature e forniture per dialisi a domicilio</li> <li>• Alcuni servizi di supporto domiciliare (come, quando necessario, le visite di operatori di dialisi addestrati per controllare la dialisi a domicilio, per aiutare nelle emergenze e controllare le attrezzature per la dialisi e l'approvvigionamento idrico)</li> </ul> <p>Alcuni farmaci per la dialisi sono coperti da Medicare Part B. Per informazioni sulla copertura dei farmaci della Parte B, consultare la sezione <b>Farmaci di Medicare Part B</b> in questa tabella.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per questi servizi.</p> <p><b>Trattamenti dialitici ospedalieri</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vedere “Regime di ricovero ospedaliero” in questa tabella.</li> </ul> <p><b>Attrezzature e forniture per dialisi a domicilio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vedere “Attrezzature mediche durevoli e forniture correlate” in questa tabella.</li> </ul> <p><b>Servizi di supporto domiciliare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vedere “Assistenza sanitaria a domicilio” in questa tabella.</li> </ul> <p><b>Farmaci per dialisi Medicare Part B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vedere “Farmaci su prescrizione Medicare Part B” in questa tabella.</li> </ul>
<p><b>Struttura di assistenza infermieristica qualificata (SNF)</b></p> <p>(Per una definizione di struttura di assistenza infermieristica qualificata, veda il Capitolo 12. Le strutture infermieristiche qualificate sono talvolta chiamate SNF.)</p> <p>I servizi coperti includono, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stanza semiprivata (o una stanza privata se necessario dal punto di vista medico)</li> <li>• Pasti, comprese le diete speciali</li> <li>• Servizi infermieristici qualificati</li> <li>• Fisioterapia, terapia occupazionale e logopedia</li> <li>• Farmaci somministrati come parte del nostro piano di cura (comprese le sostanze naturalmente presenti nel corpo, come i fattori di coagulazione del sangue)</li> </ul>	<p>Non ci sono compartecipazioni o copayment per questa prestazione.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p> <p>Tranne in caso di emergenza, il medico deve comunicare al piano che si sta per essere ricoverati presso la SNF. Non è richiesta alcuna precedente degenza in ospedale.</p>

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti</b>	<b>Importo a suo carico</b>
	<p><b>Assistenza in una struttura di assistenza qualificata (SNF) (continua)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangue, compresa la conservazione e la somministrazione. La copertura per sangue intero e globuli concentrati inizia solo a partire dalla quarta unità di sangue di cui ha bisogno: deve pagare i costi per le prime 3 unità di sangue che riceve in un anno solare o con una donazione di sangue effettuata da lei o da qualcun altro. Tutti gli altri componenti del sangue sono coperti a partire dalla prima unità (ca. 500 ml) utilizzata.</li> <li>• Forniture mediche e chirurgiche ordinariamente fornite da SNF</li> <li>• Esami di laboratorio ordinariamente fornite da SNF</li> <li>• Radiografie e altri servizi di radiologia normalmente forniti da SNF</li> <li>• Uso di apparecchi come sedie a rotelle normalmente forniti da SNF</li> <li>• Servizi di medici/praticanti</li> </ul> <p>In generale, lei otterrà la cura SNF da strutture di rete. In determinate condizioni elencate di seguito, potrebbe pagare una quota di partecipazione ai costi in convenzione per una struttura che non è un fornitore convenzionato, se la struttura accetta gli importi del nostro piano per il pagamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una casa di cura o una residenza per anziani con assistenza continua in cui viveva poco prima di andare in ospedale (purché fornisca assistenza in una struttura di cura qualificata)</li> <li>• Una SNF in cui vive il suo coniuge o convivente al momento in cui lascia l'ospedale</li> </ul>	
	<p><b>Smettere di fumare e fare uso di tabacco (consulenza per smettere di fumare o fare uso di tabacco)</b></p> <p>La consulenza per smettere di fumare o di fare uso di tabacco è coperta per i pazienti ambulatoriali e ospedalizzati che soddisfano questi criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizza il tabacco, indipendentemente dalla presenza di segni o sintomi di malattie legate al tabacco</li> <li>• È competente e attento durante la consulenza</li> <li>• Un medico qualificato o un altro professionista riconosciuto da Medicare fornisce consulenza</li> </ul> <p>Sono coperti 2 tentativi di cessazione all'anno (ogni tentativo può includere un massimo di 4 sessioni intermedie o intensive, con un massimo di 8 sessioni all'anno per il paziente)</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per le prestazioni preventive per cessare di fumare e utilizzare tabacco coperti da Medicare.</p>

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

Servizi coperti	Importo a suo carico
<p><b>Servizi per cessare di fumare e di utilizzare tabacco (supplementari)</b></p> <p>Se vuole smettere di fumare, dovrebbe parlare con il suo medico di base o chiamare il nostro dipartimento di educazione alla salute.</p> <p>Oltre alla copertura offerta nell'ambito della prestazione per cessare di fumare e usare tabacco coperto da Medicare, il piano copre 8 servizi di consulenza aggiuntivi ogni anno solare per aiutarla a smettere di fumare o di usare prodotti a base di tabacco.</p> <p>È necessario esaurire la prestazione per la cessazione dell'uso del tabacco coperto da Medicare prima che il piano paghi la copertura nell'ambito di questa prestazione.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per questi servizi.</p>
<p><b>Prestazioni supplementari speciali per i malati cronici</b></p> <p><b>Se le viene diagnosticata una delle seguenti condizioni croniche identificate di seguito e soddisfa determinati criteri, potrebbe avere diritto a prestazioni supplementari speciali per i malati cronici.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Malattie autoimmuni</li> <li>• Patologie cardiovascolari</li> <li>• Scompenso cardiaco cronico</li> <li>• Demenza</li> <li>• Diabete mellito</li> <li>• Malattie polmonari croniche</li> <li>• Malattia renale cronica (CKD)</li> <li>• Disturbo cronico da uso di alcol e altri disturbi da uso di sostanze (SUD)</li> <li>• Cancro</li> <li>• Sovrappeso, obesità e sindrome metabolica</li> <li>• Malattia gastrointestinale cronica</li> <li>• Gravi disturbi ematici</li> <li>• HIV/AIDS</li> <li>• Condizioni di salute mentale croniche e invalidanti</li> <li>• Malattie neurologiche</li> <li>• Ictus</li> <li>• Fase post trapianto d'organo</li> <li>• Immunodeficienza e disturbi immunosoppressivi</li> <li>• Condizioni associate al deterioramento cognitivo</li> <li>• Condizioni con sfide funzionali</li> <li>• Condizioni croniche che compromettono la vista, l'udito (sordità), il gusto, il tatto e l'olfatto</li> <li>• Condizioni che richiedono servizi terapeutici continui per mantenere o conservare il funzionamento dell'individuo</li> </ul>	<p>Non ci sono compartecipazioni o copayment se utilizza la sua carta Healthy You.</p> <p>Può essere richiesta la partecipazione a un programma di gestione delle cure. I membri devono anche avere l'autorizzazione del medico per i test basati sulla mancanza di informazioni mediche storiche.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>


**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

Servizi coperti	Importo a suo carico
<p><b>Prestazioni supplementari speciali per i malati cronici (continua)</b></p> <p>La aiuteremo ad accedere a queste prestazioni. Può chiamare il Servizio per i Membri o il suo coordinatore dell'assistenza per avviare la sua richiesta o ottenere ulteriori informazioni.</p> <p>Nota: richiedendo questa prestazione, autorizza i rappresentanti di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) a contattarla per telefono, posta o qualsiasi altro metodo di comunicazione come espressamente indicato nella sua domanda.</p> <p>Dopo l'approvazione, la sua tessera Healthy You precaricata verrà caricata automaticamente con un massimo di \$285 ogni mese da utilizzare per le prestazioni SSBCI. Eventuali fondi inutilizzati alla fine di ogni mese non saranno riportati al mese successivo.</p> <p><b>Generi alimentari e prodotti ortofrutticoli*</b></p> <p>I beneficiari affetti da una delle patologie croniche sopra elencate possono beneficiare anche di generi alimentari e prodotti ortofrutticoli tramite la tessera Healthy You. La tessera Healthy You verrà automaticamente caricata con un massimo di \$285 al mese che si somma ad articoli da banco (OTC), apparecchi acustici OTC, trasporto per le sedi sanitarie approvate dal piano, trasporto per esigenze non mediche e servizi di pubblica utilità* (elettricità e gas naturale, acqua).</p> <p>Può utilizzare i fondi della sua tessera Healthy You per acquistare una varietà di prodotti alimentari sani, generici e di marca, presso il suo negozio locale aderente o online con consegna a domicilio senza costi aggiuntivi all'indirizzo <a href="http://SWHMA.com">SWHMA.com</a>.</p> <p>Eventuali fondi inutilizzati alla fine di ogni mese non saranno riportati al mese successivo.</p> <p><b>Trasporto per esigenze non mediche</b></p> <p>Può usare la tessera Healthy You per acquistare passaggi per esigenze non mediche in luoghi approvati come centri fitness, dispense alimentari, negozi di alimentari, farmacie per l'acquisto di prodotti OTC, servizi religiosi e centri per anziani. Per ulteriori informazioni, consulti la sezione dedicata alla carta di debito prefinanziata Healthy You.</p> <p><b>Utenze*</b></p> <p>I membri devono sottoporsi a una valutazione per determinare l'ammissibilità alla prestazione per l'assistenza ai servizi di pubblica utilità (elettricità, gas naturale e acqua).</p> <p>La tessera Healthy You verrà caricata automaticamente con un massimo di \$285 al mese, in combinazione con articoli da banco (OTC), apparecchi acustici OTC, generi alimentari e prodotti ortofrutticoli*, trasporto per i centri sanitari approvati dal piano e trasporto per esigenze non mediche.</p> <p>*Requisiti di idoneità per le condizioni croniche</p>	


**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

Servizi coperti	Importo a suo carico
<p><b>Terapia di esercizio supervisionata (SET)</b></p> <p>La SET è coperta per i membri che hanno una malattia arteriosa periferica sintomatica (PAD).</p> <p>Sono coperte fino a 36 sessioni in un periodo di 12 settimane se i requisiti del programma SET sono soddisfatti.</p> <p>Il programma SET deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consistere in sessioni della durata di 30-60 minuti, che comprendono un programma di formazione terapeutico per PAD in pazienti con claudicatio</li> <li>• Essere condotto in un ambiente ambulatoriale ospedaliero o in uno studio medico</li> <li>• Essere somministrato da personale ausiliario qualificato, necessario per garantire che le prestazioni superino i danni, e che sia addestrato alla terapia dell'esercizio fisico per la PAD.</li> <li>• Essere sotto la supervisione diretta di un medico, assistente medico o infermiere clinico che deve essere formato nelle tecniche di supporto vitale di base e avanzate</li> </ul> <p><b>Il SET può essere coperto oltre 36 sessioni per 12 settimane per ulteriori 36 sessioni per un lungo periodo di tempo se ritenuto necessario dal punto di vista medico da un fornitore di assistenza sanitaria.</b></p>	<p>Non ci sono compartecipazioni o copayment per i membri idonei a questa prestazione.</p> <p><b>Può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.</b></p>
<p><b>Trasporto non urgente (supplementare)</b></p> <p>Ha a disposizione \$285 al mese da spendere per il trasporto verso una struttura sanitaria a sua discrezione sulla tessera Healthy You. Questo importo non corrisponde a un numero prestabilito di "corse", ma può essere utilizzato per acquistare trasporti non urgenti fino al limite della prestazione. Questo importo si somma all'indennità mensile per gli articoli da banco (OTC), gli apparecchi acustici OTC, generi alimentari e prodotti ortofrutticoli*, il trasporto per le strutture sanitarie approvate dal piano e i servizi di pubblica utilità. Se non utilizza tutto l'importo della prestazione mensile, il saldo rimanente scadrà e non passerà al mese successivo.</p> <p>Può utilizzare la tessera Healthy You precaricata per acquistare corse su applicazioni di ride-hailing, su servizi di taxi o per altre forme di trasporto non urgente, come abbonamenti per autobus, carte ferroviarie o altre forme di trasporto pubblico. I membri sono incoraggiati a massimizzare il numero di corse disponibili grazie a questa indennità. Per le destinazioni comunemente richieste, come i centri di dialisi o le strutture di fisioterapia, contatti direttamente la struttura fornitrice per verificare se è disponibile un trasporto più economico prima di programmare un servizio di ride-hailing o di trasporto al dettaglio.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni o copayment per questi servizi se utilizza la sua tessera Healthy You.</p> <p>I costi potrebbero essere a suo carico se supera l'indennità massima annuale.</p> <p>Possono essere applicate limitazioni ed esclusioni. Se ha bisogno di cure d'emergenza, chiami il 911 e richiedi un'ambulanza.</p> <p>Per maggiori informazioni sul trasporto d'emergenza, consultare la sezione "Servizi di ambulanza" di questa tabella.</p>

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti</b>	<b>Importo a suo carico</b>
	<b>*Requisiti di idoneità per le condizioni croniche</b>	
	<p><b>Servizi di urgente necessità</b></p> <p>Un servizio coperto dal piano che richiede un'attenzione medica immediata ma non costituisce un'emergenza è considerato un servizio urgente se il paziente si trova temporaneamente al di fuori dell'area di servizio del piano o, anche se si trova all'interno dell'area di servizio del piano, non può, dati il momento, il luogo e le circostanze, ragionevolmente ottenere tale servizio dai fornitori convenzionati. Il nostro piano deve coprire i servizi di urgente necessità e addebitare solo la partecipazione ai costi in convenzione. Esempi di servizi di urgente necessità sono le malattie e le lesioni mediche impreviste o il riacutizzarsi di patologie già esistenti.</p> <p>Le visite mediche di routine necessarie dal punto di vista medico (come le visite di controllo annuali) non sono considerate urgenti anche se si trova al di fuori dell'area di servizio del nostro piano o se la nostra rete del piano è temporaneamente non disponibile.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per questi servizi.</p>
	<p><b>Oculistica (coperta da Medicare)</b></p> <p>I servizi coperti includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizi medici ambulatoriali per la diagnosi e il trattamento di malattie e lesioni dell'occhio, incluso il trattamento per la degenerazione maculare legata all'età. Original Medicare non copre gli esami oculistici di routine (rifrazioni oculari) per occhiali/lenti a contatto.</li> <li>• Per le persone ad alto rischio di glaucoma, copriamo uno screening del glaucoma ogni anno. Le persone ad alto rischio di glaucoma includono: persone con una storia familiare di glaucoma, persone con diabete, afro-americani di età pari o superiore a 50 anni e ispanici americani di età pari o superiore a 65 anni.</li> <li>• Per le persone con diabete, lo screening per la retinopatia diabetica è coperto una volta all'anno</li> <li>• Un paio di occhiali o lenti a contatto dopo ogni intervento di cataratta che preveda l'inserimento di una lente intraoculare. Se lei effettua 2 interventi di cataratta separati, non può prenotare la prestazione dopo il primo intervento e acquistare 2 occhiali dopo il secondo intervento.</li> </ul> <p><b>Oculistica (supplementare)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un esame oculistico di routine ogni anno</li> <li>• Occhiali, fino a un limite di \$350 ogni anno</li> </ul>	<p>Non ci sono compartecipazione o copayment per i Membri idonei a questa prestazione.</p> <p><b>Per gli occhiali potrebbe essere necessaria un'autorizzazione preventiva.</b></p>

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti</b>	<b>Importo a suo carico</b>
	<p><b>Oculistica (coperta da Medicare) (continua)</b></p> <p><b>I servizi coperti da Medicaid includono:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizi di optometristi, oftalmologi e ottici tra cui occhiali da vista, lenti a contatto e lenti in policarbonato necessarie dal punto di vista medico, occhi artificiali (stock o su misura), ausili per ipovedenti e servizi per ipovedenti. La copertura include la riparazione o la sostituzione di parti.</li> </ul> <p>Esami per diagnosi e trattamento di difetti visivi e/o patologie oculari. Gli esami per la rifrazione sono limitati a ogni 2 anni, a meno che non sia necessario dal punto di vista medico. Deve utilizzare un fornitore convenzionato. Consulti la directory del fornitore e della farmacia o chiami il Servizio per i Membri per un elenco.</p>	
	<p><b>Le diamo il benvenuto alla visita preventiva Medicare</b></p> <p>Il nostro piano copre la visita preventiva una tantum di <i>benvenuto in Medicare</i>. La visita include una revisione dello stato della sua salute, nonché formazione e consulenza sui servizi preventivi di cui ha bisogno (inclusi alcuni screening e iniezioni) e, se necessario, rinvii per altre cure.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Importante: copriamo la visita preventiva di <i>benvenuto in Medicare</i> solo entro i primi 12 mesi in cui si dispone di Medicare Part B. Quando fissa l'appuntamento, informi lo studio del medico che desidera prenotare la visita preventiva di <i>benvenuto in Medicare</i>.</li> </ul>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigia per la visita preventiva di <i>benvenuto in Medicare</i>.</p>
	<p><b>Copertura di emergenza in tutto il mondo (supplementare)*</b></p> <p>Come ulteriore prestazione, la sua copertura include fino a \$10.000 ogni anno solare per l'assistenza emergente in tutto il mondo al di fuori degli Stati Uniti (USA).</p> <p>Questa prestazione è limitata ai servizi che sarebbero classificati come cure d'emergenza se le cure fossero state fornite negli Stati Uniti. La copertura mondiale include le cure d'emergenza e le cure post-stabilizzazione.</p> <p>Quando si verificano queste situazioni, chiediamo a lei o a qualcuno che si prende cura di lei di chiamarci. Cercheremo di far sì che i fornitori convenzionati prendano in carico le sue cure non appena le sue condizioni mediche e le circostanze lo consentiranno.</p> <p>Il trasporto di ritorno negli Stati Uniti da un altro Paese non è coperto. La cura di routine e le procedure pre-programmate o elettive non sono coperte.</p>	<p>Non ci sono compartecipazioni, copayment o franchigie per questa prestazione.</p> <p>Se riceve cure d'emergenza al di fuori degli Stati Uniti e ha bisogno di cure ospedaliere dopo che le sue condizioni di emergenza si sono stabilizzate, deve tornare in un ospedale convenzionato affinché le sue cure continuino a essere coperte O deve avere le sue cure ospedaliere presso l'ospedale non convenzionato autorizzato dal piano.</p>

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

	<b>Servizi coperti</b>	<b>Importo a suo carico</b>
	<p><b>Copertura di emergenza in tutto il mondo (supplementare)* (continua)</b></p> <p>Le tasse e le commissioni estere (incluse, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, le commissioni di conversione valutaria o di transazione) non sono coperte.</p> <p>Stati Uniti indica 50 stati, District of Columbia, Porto Rico, Isole Vergini, Guam, Isole Marianne Settentrionali, Samoa Americane.</p>	<p>Il suo costo è la quota di compartecipazione ai costi che pagherebbe in un ospedale convenzionato. Si applica il massimo del piano.</p> <p>Potrebbe essere necessario presentare una richiesta di rimborso delle cure d'emergenza/urgenti ricevute al di fuori degli Stati Uniti.</p> <p>Il piano massimo di \$10.000 ogni anno solare si applica a questa prestazione.</p>

---

**SEZIONE 3 Servizi coperti al di fuori di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**


---

I seguenti servizi non sono coperti da Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO-D-SNP) ma sono disponibili tramite Medicaid:

- Servizi di pianificazione familiare fuori rete ai sensi delle disposizioni di accesso diretto,
- Prestazioni Medicaid Pharmacy come consentito dalla legge statale (categorie di farmaci selezionate escluse dalla prestazione Medicare Part D),
- Programmi di trattamento di mantenimento con metadone,
- Servizi di riabilitazione forniti ai residenti di residenze comunitarie con licenza OMH (CR) e programmi di trattamento basati sulla famiglia,
- Ufficio per le persone con servizi di disabilità dello sviluppo,
- Gestione completa dei casi Medicaid,
- Terapia direttamente osservata (DOT) per la malattia da tubercolosi,

---

**SEZIONE 4 Servizi che non sono coperti da Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) O Medicaid**


---

Questa sezione indica quali servizi sono esclusi.

Il grafico seguente elenca alcuni servizi e articoli che non sono coperti dal nostro piano o da Medicaid a nessuna condizione o che sono coperti da Medicaid solo in condizioni specifiche.

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

Se si ottengono servizi esclusi (non coperti), è necessario pagarli da soli se non alle condizioni specifiche elencate di seguito. Anche se riceve i servizi esclusi in una struttura di emergenza, i servizi esclusi non sono ancora coperti e il nostro piano non li pagherà. L'unica eccezione è se il servizio è oggetto di ricorso e deciso: su ricorso essere un servizio medico che avremmo dovuto pagare o coprire a causa della sua situazione specifica. (Per informazioni sul ricorso contro una decisione che abbiamo preso di non coprire un servizio medico, consultare il Capitolo 9, Sezione 6.3.)

<b>Servizi non coperti da Medicare coperti solo in condizioni specifiche</b>	
<b>Agopuntura</b>	Disponibile per le persone affette da lombalgia cronica in determinate circostanze
<b>Chirurgia o procedure estetiche</b>	Coperto in caso di lesioni accidentali o per il miglioramento della funzionalità di un arto malformato  Coperto per tutte le fasi di ricostruzione di un seno dopo una mastectomia, così come per il seno inalterato per produrre un aspetto
<b>Assistenza custodiale</b>  L'assistenza custodiale è l'assistenza della persona che non richiede l'attenzione continua di personale medico o paramedico qualificato, come la cura che l'aiuta nelle attività della vita quotidiana, come fare il bagno o vestirsi	Non coperto in nessuna condizione
<b>Procedure mediche e chirurgiche sperimentali, attrezzature e farmaci</b>  Le procedure e gli articoli sperimentali sono quegli articoli e procedure determinati da Original Medicare per non essere generalmente accettati dalla comunità medica	Può essere coperto da Original Medicare nell'ambito di uno studio di sperimentazione clinica approvato da Medicare o dal nostro piano (Vada al Capitolo 3, Sezione 5 per ulteriori informazioni sugli studi di ricerca clinica)
<b>Spese addebitate per l'assistenza dai parenti stretti o dai membri del nucleo familiare</b>	Non coperto in nessuna condizione
<b>Assistenza infermieristica a tempo pieno a domicilio</b>	Non coperto in nessuna condizione
<b>Pasticonsegnati a domicilio</b>	Non coperto in nessuna condizione
<b>I servizi di assistenza a domicilio comprendono l'assistenza a domicilio di base, come la pulizia leggera o la preparazione di pasti semplici.</b>	Non coperto in nessuna condizione

**Capitolo 4: Tabella delle prestazioni mediche (cosa è coperto)**

<b>Servizi non coperti da Medicare coperti solo in condizioni specifiche</b>	
<b>Servizi di naturopatia (utilizza trattamenti naturali o alternativi)</b>	Non coperto in nessuna condizione
<b>Scarpe ortopediche o dispositivi di supporto per i piedi</b>	Scarpe che fanno parte di un tutore per le gambe e sono incluse nel costo del tutore. Scarpe ortopediche o terapeutiche per persone con piede diabetico. Le scarpe ortopediche sono coperte da Medicaid
<b>Oggetti personali nella sua stanza in un ospedale o in una struttura di assistenza infermieristica qualificata, come un telefono o un televisore</b>	Non coperto in nessuna condizione
<b>Stanza privata in un ospedale</b>	Coperto solo quando necessario dal punto di vista medico
<b>Inversione delle procedure di sterilizzazione e/o dei prodotti contraccettivi non soggetti a prescrizione</b>	Non coperto in nessuna condizione
<b>Cure chiropratiche di routine</b>	La manipolazione manuale della colonna vertebrale per correggere una sublussazione è coperta
<b>Cure dentistiche di routine, come pulizie, otturazioni o protesi dentarie</b>	Non coperto in nessuna condizione Per ulteriori informazioni, consulti la Tabella delle prestazioni mediche.
<b>Esami oculistici di routine, occhiali, cheratotomia radiale, chirurgia LASIK e altri ausili per ipovedenti</b>	Non coperto in nessuna condizione Per ulteriori informazioni, consulti la Tabella delle prestazioni mediche.
<b>Cura dei piedi di routine</b>	Alcune coperture limitate fornite secondo le linee guida Medicare (ad es., se ha il diabete) Per ulteriori informazioni, consulti la Tabella delle prestazioni mediche.
<b>Esami uditivi di routine, apparecchi acustici o esami per adattarli agli apparecchi acustici</b>	Medicaid copre test ed esami, valutazioni dell'udito e prescrizioni (necessarie dal punto di vista medico). Per ulteriori informazioni, consulti la Tabella delle prestazioni mediche.
<b>Servizi considerati non ragionevoli e necessari, secondo gli standard Original Medicare</b>	Non coperto in nessuna condizione

# CAPITOLO 5:

## Utilizzo della copertura del piano per i farmaci della Parte D

### Come è possibile ottenere informazioni sui costi dei farmaci?

Poiché ha diritto a Medicaid, ha diritto e sta ricevendo Extra Help da Medicare per pagare i costi del suo piano di farmaci su prescrizione. Poiché fa parte del programma Extra Help, **alcune informazioni contenute in questa Prova di copertura sui costi per i farmaci su prescrizione della Parte D non sono applicabili**. Le abbiamo inviato un inserto separato, chiamato *Prova di copertura - Postilla per le persone che ricevono Extra Help per il pagamento dei farmaci su prescrizione* (noto anche come *Postilla di prestazione per le persone a basso reddito o Postilla LIS*), che la informa sulla sua copertura dei farmaci. Se non dispone di questo inserto, chiami il Servizio dei Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) e chieda della *Postilla LIS*. (I numeri di telefono per il Servizio per i Membri sono stampati sul retro di questo documento.)

### **SEZIONE 1 Regole di base nel nostro piano per la copertura dei farmaci della Parte D**

---

Per informazioni sulle prestazioni farmaceutiche Medicare Part B e sulle prestazioni dei farmaci in hospice, vada alla tabella delle prestazioni mediche nel Capitolo 4.

Oltre ai farmaci coperti da Medicare, alcuni farmaci su prescrizione medica sono coperti dalle sue prestazioni Medicaid.

Per ulteriori informazioni sulla copertura dei farmaci di Medicaid, contatti il suo ufficio Medicaid di Stato (le informazioni di contatto sono elencate nel Capitolo 2, Sezione 6).

Il nostro piano coprirà generalmente i suoi farmaci purché segua queste regole di base:

- È necessario che un fornitore (un medico, un dentista o un altro prescrittore) le scriva una prescrizione che deve essere valida ai sensi della legge statale applicabile.
- Il suo medico prescrittore non deve essere presente negli elenchi di esclusione o preclusione di Medicare.
- In genere, per la prescrizione è necessario rivolgersi a una farmacia convenzionata (veda la Sezione 2) oppure è possibile ritirare i farmaci prescritti tramite il servizio di vendita per corrispondenza del nostro piano.
- Il farmaco deve essere presente nell'Elenco dei farmaci del piano (veda la Sezione 3).
- Il farmaco deve essere utilizzato per un'indicazione clinicamente accettata. Una "indicazione clinicamente accettata" è un uso del farmaco che è o approvato dalla FDA o supportato da determinati riferimenti. (Vada alla Sezione 3 per maggiori informazioni su un'indicazione accettata dal punto di vista medico.)
- Per la copertura del farmaco, potrebbe essere necessaria la sua approvazione nel nostro piano in base a determinati criteri. (Per maggiori informazioni, consulti il Capitolo 4).

**Capitolo 5: Utilizzo della copertura del piano per i farmaci della Parte D**

---

**SEZIONE 2 Riempire la prescrizione presso una farmacia convenzionata o tramite il servizio di vendita per corrispondenza del nostro piano**

---

Nella maggior parte dei casi, le prescrizioni sono coperte *solo* se vengono compilate presso le farmacie convenzionate del piano. (Veda la Sezione 2.5 per informazioni su quando copriremo le prescrizioni compilate nelle farmacie non convenzionate.)

Una farmacia convenzionata è una farmacia che ha un contratto con il nostro piano per fornire i farmaci su prescrizione coperti. Il termine “farmaci coperti” indica tutti i farmaci da prescrizione della Parte D che sono nell’Elenco dei farmaci del piano.

**Sezione 2.1 Farmacie convenzionate****Trovare una farmacia convenzionata nella sua zona**

Per trovare una farmacia convenzionata, consulti l'*Elenco dei fornitori/delle farmacie*, visiti il nostro sito web ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)) e/o chiami il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711).

È possibile recarsi presso una qualsiasi delle farmacie della nostra rete.

**Cosa fare se la sua farmacia lascia la convenzione**

Se la farmacia che usa lascia la convenzione del nostro piano, dovrà trovare una nuova farmacia convenzionata. Per trovare un'altra farmacia nella sua zona, chiedi aiuto al Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) o utilizzare l'*Elenco dei fornitori/delle farmacie*. È inoltre possibile trovare informazioni sul nostro sito web all'indirizzo [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

**Farmacie specializzate**

Alcune prescrizioni devono essere compilate presso una farmacia specializzata. Le farmacie specializzate includono:

- Farmacie che forniscono farmaci per la terapia infusione domiciliare.
- Farmacie che forniscono farmaci per i residenti di una struttura di assistenza a lungo termine (LTC). Di solito, una struttura LTC (come una casa di cura) ha una propria farmacia. Se ha difficoltà a ottenere i farmaci della Parte D in una struttura LTC, può chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711).
- Farmacie che fanno riferimento a Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program (non disponibile a Porto Rico). Tranne in caso di emergenza, solo i nativi americani o i nativi dell'Alaska hanno accesso a queste farmacie nella nostra rete.
- Farmacie che distribuiscono farmaci che sono limitati dalla FDA a determinate località o che richiedono una gestione speciale, il coordinamento del fornitore o la formazione sul loro uso. Per trovare una farmacia specializzata, consulti l'*Elenco dei fornitori/delle farmacie* su [SWHNY.com](http://SWHNY.com) o chiami il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711).

## Capitolo 5: Utilizzo della copertura del piano per i farmaci della Parte D

---

### Sezione 2.2 Servizio di vendita per corrispondenza del piano

Per determinati tipi di farmaci, è possibile utilizzare il servizio di vendita per corrispondenza della convenzione del piano. In generale, i farmaci forniti per corrispondenza sono farmaci che si assumono regolarmente, per una condizione medica cronica o a lungo termine. I farmaci che non sono disponibili attraverso il servizio di vendita per corrispondenza del piano sono contrassegnati come “NM” per No Mail Order (Nessun ordine per posta) nel nostro Elenco dei farmaci.

Il servizio di vendita per corrispondenza del nostro piano consente di ordinare **fino a una fornitura di 100 giorni**.

Per ottenere moduli d'ordine e informazioni sulla compilazione delle sue prescrizioni per posta, chiami il Servizio per i Membri o visiti il nostro sito web all'indirizzo [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

Di solito un ordine di farmacia per corrispondenza le verrà consegnato in non più di 14 giorni. In caso di necessità urgente o di ritardi, si prega di contattare il Servizio per i Membri per ricevere assistenza nella fornitura temporanea della prescrizione.

#### **Nuove prescrizioni che la farmacia riceve direttamente dallo studio del suo medico.**

Dopo aver ricevuto una prescrizione da un fornitore di assistenza sanitaria, la farmacia si metterà in contatto con lei per sapere se desidera che il farmaco venga dispensato immediatamente o in un secondo momento. È importante che lei risponda ogni volta che viene contattato dalla farmacia, per far sapere se spedire, ritardare o interrompere la nuova prescrizione.

**Ricariche su prescrizioni per corrispondenza.** Per i rinnovi delle prescrizioni, ha la possibilità di iscriversi a un programma di rinnovo automatico. Nell'ambito di questo programma iniziamo a elaborare automaticamente il suo prossimo rinnovo quando i nostri registri mostrano che dovrebbe essere vicino all'esaurimento del farmaco che sta assumendo. La farmacia la contatterà prima di spedire i nuovi farmaci per assicurarsi che abbia effettiva necessità di riceverli e potrà annullare i rinnovi programmati se ne ha abbastanza o se il farmaco viene cambiato.

Se sceglie di non utilizzare il nostro programma di ricarica automatica, ma desidera comunque che la farmacia per corrispondenza le invii la sua prescrizione, contatti la sua farmacia 14 giorni prima che la sua prescrizione attuale si esaurisca. Ciò garantirà che il suo ordine le sia spedito in tempo.

Per rinunciare al nostro programma che prepara automaticamente le ricariche per corrispondenza, chiami il Servizio per i Membri o visiti il nostro sito web all'indirizzo [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

Se riceve automaticamente per posta una ricarica che non desidera, può avere diritto a un rimborso.

### Sezione 2.3 Come ottenere una fornitura a lungo termine di farmaci

Il piano offre due modi per ottenere una fornitura a lungo termine (chiamata anche fornitura estesa) di farmaci di mantenimento nell'Elenco dei farmaci del nostro piano. (I farmaci di mantenimento sono farmaci che si assumono regolarmente, per una condizione medica cronica o a lungo termine.)

1. Alcune farmacie al dettaglio della nostra rete consentono di ottenere una fornitura a lungo termine di farmaci di mantenimento. L'*Elenco dei fornitori/delle farmacie* su [SWHNY.com](http://SWHNY.com) indica quali farmacie convenzionate possono offrirle una fornitura a lungo termine di farmaci di mantenimento. Per ulteriori informazioni chiami il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711).

## Capitolo 5: Utilizzo della copertura del piano per i farmaci della Parte D

---

2. È inoltre possibile per lei ricevere farmaci di manutenzione tramite il nostro programma di vendita per corrispondenza. Per maggiori informazioni, consulti il Capitolo 2.3.

### Sezione 2.4 Utilizzare una farmacia che non fa parte della rete del piano

Generalmente, copriamo i farmaci erogati da una farmacia non convenzionata *solo* quando lei non è in grado di utilizzare una farmacia convenzionata. Abbiamo anche una rete di farmacie al di fuori della nostra area di servizio dove può ritirare le prescrizioni mediche in qualità di membro del nostro piano. Per sapere se è presente una farmacia convenzionata nelle vicinanze, **può contattare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711).**

Copriamo le prescrizioni erogate da farmacie non convenzionate solo in situazioni limitate:

- Se la prescrizione è correlata a cure urgenti
- Se le prescrizioni sono relative a un'emergenza medica
- La copertura sarà limitata a una fornitura di 31 giorni a meno che la prescrizione non preveda una durata inferiore

Se è necessario utilizzare a una farmacia non convenzionata, in genere dovrà pagare l'intero costo (anziché la sua normale quota di partecipazione ai costi) al momento del riempimento della prescrizione. Può chiederci di rimborsarla per la nostra quota di partecipazione al costo. (Vada al Capitolo 7, Sezione 2 per maggiori informazioni su come chiedere il rimborso al nostro piano.) Lei potrebbe essere tenuto a pagare la differenza tra il costo del farmaco da lei pagato alla farmacia non convenzionata e quello coperto da una farmacia convenzionata.

## SEZIONE 3 I farmaci devono essere inclusi nell'Elenco dei farmaci del piano

---

### Sezione 3.1 L'Elenco dei Farmaci indica quali farmaci della Parte D sono coperti

Il nostro piano ha un *Elenco dei farmaci coperti* (prontuario). In questa *Prova di Copertura*, **lo chiamiamo Elenco dei Farmaci.**

I farmaci di questo elenco sono selezionati dal nostro piano con l'aiuto di medici e farmacisti. L'elenco soddisfa i requisiti di Medicare ed è stato approvato da Medicare.

L'Elenco dei farmaci include i farmaci coperti da Medicare Part D. Oltre ai farmaci coperti da Medicare, alcuni farmaci su prescrizione medica sono coperti dalle sue prestazioni Medicaid. Per ulteriori informazioni sulla copertura dei farmaci di Medicaid, contatti il suo ufficio Medicaid di Stato (le informazioni di contatto sono elencate nel Capitolo 2, Sezione 6).

Copriamo generalmente un farmaco nell'Elenco dei farmaci del piano purché segua le altre regole di copertura spiegate in questo capitolo e l'uso del farmaco sia un'indicazione accettata dal punto di vista medico. Un'indicazione accettata dal punto di vista medico è un uso del farmaco che è:

- Approvato dalla FDA per la diagnosi o la condizione per cui è prescritto, o
- Supportato da alcuni riferimenti, come l'American Hospital Formulary Service Drug Information e il Micromedex DRUGDEX Information System.

L'Elenco dei farmaci comprende farmaci di marca, farmaci generici e prodotti biologici (che possono includere i biosimilari).

## Capitolo 5: Utilizzo della copertura del piano per i farmaci della Parte D

---

Un farmaco di marca è un farmaco su prescrizione venduto con un nome registrato di proprietà del produttore del farmaco. I prodotti biologici sono farmaci più complessi di quelli tipici. Nell'Elenco dei farmaci, quando ci riferiamo ai farmaci, questo potrebbe significare un farmaco o un prodotto biologico.

Un farmaco generico è un farmaco su prescrizione che ha gli stessi principi attivi del farmaco di marca. I prodotti biologici hanno alternative chiamate biosimilari. Generalmente, i generici e i biosimilari funzionano altrettanto bene del farmaco di marca o del prodotto biologico originale e di solito costano meno. Sono disponibili sostituti generici per molti farmaci di marca e alternative biosimilari per alcuni prodotti biologici originali. Alcuni biosimilari sono intercambiabili e, a seconda della legge statale, possono essere sostituiti al prodotto biologico originale in farmacia senza bisogno di una nuova prescrizione, proprio come i farmaci generici possono essere sostituiti ai farmaci di marca.

Consulti il Capitolo 12 per le definizioni dei tipi di farmaci che possono essere presenti nell'Elenco dei farmaci.

### Farmaci da banco

Il nostro piano copre anche alcuni farmaci da banco. Alcuni farmaci da banco sono meno costosi di quelli su prescrizione e funzionano altrettanto bene. Per ulteriori informazioni, può chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711).

### Farmaci non presenti nell'Elenco dei farmaci

Il nostro piano non copre tutti i farmaci su prescrizione medica.

- In alcuni casi, la legge non consente a nessun piano Medicare di coprire determinati tipi di farmaci. (Per ulteriori informazioni, consulti la Sezione 7.)
- In altri casi, è nostra decisione non includere un particolare farmaco nell'Elenco dei farmaci.
- In alcuni casi, è possibile per lei ottenere un farmaco che non è incluso nell'Elenco dei farmaci. (Per ulteriori informazioni, consulti il Capitolo 9.)

## Sezione 3.2 I sei (6) livelli di partecipazione ai costi per i farmaci dell'Elenco dei farmaci

Ogni farmaco presente nell'Elenco dei farmaci del piano è presente in uno dei sei (6) livelli di partecipazione ai costi. In generale, più alto è il livello, più alto è il costo del farmaco:

- Livello 1 - Generico preferito
- Livello 2 - Generico
- Livello 3 - Marchio preferito
- Livello 4 - Farmaco non preferito
- Livello 5 - Fascia speciale
- Livello 6 - Farmaci per la cura selezionati

Per sapere in quale livello di partecipazione si trova il suo farmaco, consulti l'Elenco dei farmaci del nostro piano. L'importo da pagare per i farmaci di ciascun livello di partecipazione ai costi è riportato nel Capitolo 6.

## Capitolo 5: Utilizzo della copertura del piano per i farmaci della Parte D

---

### Sezione 3.3 Come scoprire se un farmaco specifico è incluso nell'Elenco dei farmaci

Per sapere se un farmaco è presente nel nostro Elenco dei farmaci, ha queste possibilità:

- Controllare l'Elenco dei farmaci più recente che abbiamo fornito elettronicamente.
- Visitare il sito web del piano ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)). L'Elenco dei farmaci sul sito web è sempre la risorsa più aggiornata.
- Chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) per scoprire se un particolare farmaco è incluso nell'Elenco dei farmaci del piano o per richiedere una copia dell'elenco.
- Utilizzare lo “Strumento per le prestazioni in tempo reale” del nostro piano (visitando [Caremark.com](http://Caremark.com) o chiamando il Servizio per i Membri). Può cercare i farmaci nell'Elenco dei farmaci per ottenere una stima di quanto pagherà e vedere se nell'Elenco dei farmaci sono presenti farmaci alternativi in grado di trattare la stessa condizione. Può anche chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711).

## SEZIONE 4 Farmaci con restrizioni di copertura

---

### Sezione 4.1 Perché alcuni farmaci hanno restrizioni

Per alcuni farmaci su prescrizione medica, regole speciali limitano come e quando il piano li copre. Un team di medici e farmacisti ha sviluppato queste regole per incoraggiare lei e il suo medico a utilizzare i farmaci nel modo più efficace. Per scoprire se una di queste restrizioni si applica a un farmaco che si assume o si desidera assumere, controllare l'Elenco dei farmaci.

Se un farmaco sicuro e a basso costo funzionerà altrettanto bene dal punto di vista medico come un farmaco a costo più elevato, le regole del piano sono progettate per incoraggiare lei e il suo fornitore a utilizzare quell'opzione a basso costo.

Si prega di notare che a volte un farmaco può apparire più di una volta nel nostro Elenco dei farmaci. Questo perché gli stessi farmaci possono differire in base alla forza, alla quantità o alla forma del farmaco prescritto dal fornitore di assistenza sanitaria e possono essere applicate diverse restrizioni o partecipazione ai costi alle diverse versioni del farmaco (ad esempio, 10 mg contro 100 mg; uno al giorno contro 2 al giorno; compressa contro liquido).

### Sezione 4.2 Tipi di restrizioni

**Se esiste una restrizione per il suo farmaco, di solito significa che lei o il suo fornitore dovrà adottare misure aggiuntive per consentirci di coprire il farmaco.** Può chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) per sapere cosa lei o il suo fornitore potete fare per ottenere la copertura del farmaco. **Se desidera che rinunciamo alla limitazione per lei, dovrà utilizzare il processo decisionale di copertura e chiederci di fare un'eccezione.** Possiamo o non possiamo accettare di rinunciare alla restrizione per lei. (Vada al Capitolo 9.)

## Capitolo 5: Utilizzo della copertura del piano per i farmaci della Parte D

---

### Ottenere l'approvazione del piano in anticipo

Per alcuni farmaci, lei o il suo fornitore deve ottenere l'approvazione dal nostro piano prima che accettiamo di coprire il suo farmaco. Si tratta di un'**autorizzazione preventiva**. Questo viene messo in atto per garantire la sicurezza dei farmaci e aiutare a guidare l'uso appropriato di determinati farmaci. Se non ottiene questa approvazione, il suo farmaco potrebbe non essere coperto dal nostro piano. I criteri di autorizzazione preventiva del nostro piano possono essere ottenuti chiamando il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) o sul nostro sito web [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

### Provare prima un farmaco diverso

Questo requisito incoraggia a provare farmaci meno costosi ma di solito altrettanto efficaci prima che il nostro piano copra un altro farmaco. Ad esempio, se il farmaco A e il farmaco B trattano la stessa condizione medica e il farmaco A è meno costoso, il nostro piano potrebbe richiedere di provare prima il farmaco A. Se il Farmaco A non funziona per lei, il piano coprirà quindi il Farmaco B. Questo requisito per provare prima un farmaco diverso è chiamato **terapia a tappe**. I criteri di terapia a tappe del nostro piano possono essere ottenuti chiamando il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) o sul nostro sito web [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

### Limiti di quantità

Per alcuni farmaci, limitiamo la quantità di un farmaco che è possibile ottenere ogni volta che si riempie la prescrizione. Ad esempio, se è normalmente considerato sicuro assumere solo una pillola al giorno per un determinato farmaco, possiamo limitare la copertura per la prescrizione a non più di una pillola al giorno.

## SEZIONE 5 Cosa può fare se uno dei farmaci non è coperto come lei vorrebbe

---

In alcune situazioni, un farmaco su prescrizione che assume, o che lei e il suo fornitore ritenete debba assumere, potrebbe non essere nel nostro Elenco dei farmaci o riportare restrizioni. Ad esempio:

- Il farmaco potrebbe non essere affatto coperto. Oppure una versione generica del farmaco potrebbe rientrare nella copertura, ma non la versione di marca che desidera assumere.
- Il farmaco è coperto, ma esistono regole o limitazioni aggiuntive in merito alla sua copertura.

**Se il farmaco è inserito in un livello di partecipazione ai costi che lo rende più costoso di quanto dovrebbe, consulti la Sezione 5.1 per sapere cosa fare.**

**Se il suo farmaco non è incluso nell'Elenco dei farmaci o è soggetto a restrizioni, di seguito sono riportate le opzioni su cosa fare:**

- Potrebbe essere in grado di ottenere una fornitura temporanea del farmaco.
- Può passare a un altro farmaco.
- Può richiedere una deroga e chiedere che il piano copra il farmaco o che vengano rimosse le restrizioni dal farmaco.

### Potrebbe essere in grado di ottenere una fornitura temporanea

In determinate circostanze, il piano deve prevedere la fornitura temporanea di un farmaco che sta già assumendo. Questa fornitura temporanea le dà il tempo di parlare con il suo fornitore delle modifiche apportate..

## Capitolo 5: Utilizzo della copertura del piano per i farmaci della Parte D

---

Per essere idoneo alla fornitura temporanea, il farmaco che assume **non deve più essere nell'Elenco dei farmaci del piano O avere restrizioni di qualsiasi tipo.**

- **Se è appena diventato membro**, copriremo una fornitura temporanea del suo farmaco durante i primi **90 giorni** di adesione al piano.
- **Se era nel piano l'anno scorso**, copriremo una fornitura temporanea del suo farmaco durante i primi 90 giorni dell'anno solare.
- Questa fornitura temporanea sarà per un massimo di 31 giorni. Se la prescrizione viene scritta per meno giorni, consentiremo più forniture del farmaco fino a un massimo di 31 giorni. La prescrizione deve essere compilata presso una farmacia convenzionata. (Tenga presente che la farmacia per le cure a lungo termine può fornire il farmaco in piccole quantità alla volta per evitare sprechi.)
- **Per i membri che sono stati nel piano per più di 90 giorni e risiedono in una struttura di assistenza a lungo termine e hanno bisogno di una fornitura immediata:** Copriremo una fornitura di emergenza di 31 giorni di un particolare farmaco, o meno se la sua prescrizione è scritta per meno giorni. Ciò in aggiunta alla fornitura temporanea di cui sopra.
- Se è un nuovo residente di una struttura LTC, è stato iscritto al nostro piano per più di 90 giorni e ha bisogno di un farmaco che non è nel nostro prontuario o è soggetto ad altre restrizioni, come la terapia a tappe o limiti di quantità (limiti di dosaggio), copriremo la fornitura di emergenza temporanea di 31 giorni di tale farmaco (a meno che la prescrizione non sia per un minor numero di giorni) mentre presenta la richiesta di deroga al prontuario. Sono disponibili eccezioni in situazioni in cui si verifica un cambiamento nel livello di assistenza che sta ricevendo che richiede anche il passaggio da una struttura o da un centro di trattamento a un altro. In tali circostanze, avrebbe diritto a un'eccezione temporanea di riempimento una tantum anche se non è nei primi 90 giorni come membro del piano. Tenga presente che la nostra politica di transizione si applica solo a quei farmaci che sono della "Parte D" e sono acquistati presso una farmacia convenzionata. La politica di transizione non può essere utilizzata per acquistare un farmaco non della Parte D o un farmaco non convenzionato, a meno che lei non abbia i requisiti per l'accesso fuori convenzione.

Per qualsiasi domanda sulla fornitura temporanea, può chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711).

**Durante il periodo in cui utilizza la fornitura temporanea di un farmaco, deve decidere con il proprio fornitore cosa fare quando la fornitura temporanea si esaurisce. Ha 2 opzioni:**

### **Opzione 1. Può passare a un altro farmaco**

Chieda al suo fornitore se esiste un farmaco diverso coperto dal piano che potrebbe andare bene per lei. Può chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) per richiedere un elenco dei farmaci coperti che trattano la stessa condizione medica. Questo elenco può aiutare il suo fornitore a trovare un farmaco coperto che potrebbe funzionare per lei.

### **Opzione 2. Può chiedere una deroga**

**Lei e il suo fornitore potete chiedere una deroga al piano per coprire il farmaco nel modo in cui vorreste che fosse coperto.** Se secondo il suo fornitore sussistono motivi medici che giustificano la richiesta un'eccezione, potrà aiutarla a richiedere una deroga. Ad esempio, può chiedere che il piano copra un farmaco anche se non è incluso nell'Elenco dei farmaci del piano. Oppure può chiedere una deroga al piano in modo che copra il suo farmaco senza restrizioni.

## Capitolo 5: Utilizzo della copertura del piano per i farmaci della Parte D

---

Se è un membro attuale e un farmaco che sta assumendo sarà rimosso dal prontuario o sarà soggetto a qualche restrizione nel prossimo anno, le comunicheremo qualsiasi cambiamento prima del nuovo anno. Può chiedere una deroga prima del prossimo anno e le forniremo una risposta entro 72 ore dalla ricezione della sua richiesta (o della dichiarazione di supporto del suo medico prescrittore). Se approviamo la sua richiesta, autorizzeremo la copertura del farmaco prima che la modifica abbia effetto.

**Se lei e il suo fornitore volete chiedere un'eccezione, potete consultare il Capitolo 8, Sezione 7.4 per sapere cosa fare.** Il capitolo illustra le procedure e le scadenze che sono state stabilite da Medicare per garantire che la sua richiesta sia gestita in modo tempestivo ed equo.

### Sezione 5.1 Cosa fare se il farmaco rientra in una fascia di partecipazione ai costi che ritiene troppo alta

Se il suo farmaco rientra in una fascia di partecipazione ai costi che ritiene troppo alta, ecco cosa può fare:

#### Può passare a un altro farmaco

Se il suo farmaco rientra in una fascia di partecipazione ai costi che ritiene troppo alta, ne parli con il suo fornitore. Potrebbe esserci un farmaco diverso, con un livello di partecipazione ai costi inferiore, che potrebbe andare bene anche per lei. Può chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) per richiedere un elenco dei farmaci coperti che trattano la stessa condizione medica. Questo elenco può aiutare il suo fornitore a trovare un farmaco coperto che potrebbe funzionare per lei.

#### Può chiedere una deroga

Lei e il suo fornitore potete chiedere una deroga al piano in merito alla fascia di partecipazione ai costi per il farmaco, in modo da pagarlo meno. Se secondo il suo fornitore sussistono motivi medici che giustificano la richiesta un'eccezione, potrà aiutarla a richiedere una deroga alla regola.

Se lei e il suo fornitore volete chiedere un'eccezione, potete consultare il Capitolo 9, Sezione 7 per sapere cosa fare. Il capitolo illustra le procedure e le scadenze che sono state stabilite da Medicare per garantire che la sua richiesta sia gestita in modo tempestivo ed equo.

I farmaci del Livello 5 Fascia speciale non sono idonei per questo tipo di eccezione. Non riduciamo l'importo della partecipazione ai costi per i farmaci di questo livello.

## SEZIONE 6 Il nostro Elenco dei farmaci può cambiare nel corso dell'anno

---

La maggior parte dei cambiamenti nella copertura dei farmaci si verifica all'inizio di ogni anno (1° gennaio). Tuttavia, durante l'anno, il nostro piano può apportare alcune modifiche all'Elenco dei farmaci. Ad esempio, il nostro piano potrebbe:

- **Aggiungere o rimuovere farmaci dall'Elenco dei farmaci.**
- **Aggiungere o rimuovere una restrizione sulla copertura di un farmaco.**
- **Sostituire un farmaco di marca con una versione generica del farmaco.**
- **Sostituire un prodotto biologico originale con una versione biosimilare intercambiabile del prodotto biologico.**

Dobbiamo seguire i requisiti di Medicare prima di modificare l'Elenco dei farmaci del nostro piano.

## Capitolo 5: Utilizzo della copertura del piano per i farmaci della Parte D

---

### Informazioni sulle modifiche alla copertura dei farmaci

Quando si verificano modifiche all'Elenco dei farmaci, pubblichiamo informazioni su tali modifiche sul nostro sito web. Inoltre, aggiorniamo regolarmente il nostro Elenco dei farmaci online. A volte può ricevere una notifica diretta se sono state apportate modifiche a un farmaco che lei assume.

### Modifiche alla copertura dei farmaci che la riguardano durante l'anno di piano in corso

- **Aggiunta di nuovi farmaci all'Elenco dei farmaci e rimozione o modifica immediata di un farmaco simile nell'Elenco dei farmaci.**
  - Possiamo rimuovere immediatamente un farmaco simile dall'Elenco dei farmaci, spostare il farmaco simile a un diverso livello di partecipazione ai costi, aggiungere nuove restrizioni o entrambe le cose. La nuova versione del farmaco avrà lo stesso livello di partecipazione ai costi o un livello più basso e con le stesse restrizioni o meno.
  - Apporteremo queste modifiche immediatamente solo se aggiungiamo una nuova versione generica di un farmaco di marca o se aggiungiamo alcune nuove versioni biosimilari di un prodotto biologico originale già presente nell'Elenco dei farmaci.
  - Possiamo apportare queste modifiche immediatamente e comunicarle successivamente, anche se sta assumendo il farmaco che stiamo rimuovendo o modificando. Se sta assumendo il farmaco simile nel momento in cui la modifica è in corso, le comunicheremo ogni specifica modifica apportata.
- **Aggiunta di farmaci all'Elenco dei farmaci e rimozione o modifica di un farmaco simile nell'Elenco dei farmaci con preavviso.**
  - Quando si aggiunge un'altra versione di un farmaco all'Elenco dei farmaci, è possibile rimuovere un farmaco simile dall'Elenco dei farmaci, spostarlo a un diverso livello di partecipazione ai costi, aggiungere nuove restrizioni o entrambe le cose. La versione aggiunta del farmaco avrà lo stesso livello di partecipazione ai costi o un livello più basso e con le stesse restrizioni o meno.
  - Apporteremo queste modifiche solo se aggiungiamo una nuova versione generica di un farmaco di marca o se aggiungiamo alcune nuove versioni biosimilari di un prodotto biologico originale già presente nell'Elenco dei farmaci.
  - La informeremo almeno 30 giorni prima di apportare la modifica, oppure la informeremo della modifica e copriremo una fornitura di 31 giorni della versione del farmaco che sta assumendo.
- **Rimozione di farmaci non sicuri e altri farmaci nell'Elenco dei farmaci che vengono ritirati dal mercato.**
  - A volte un farmaco può essere considerato non sicuro o ritirato dal mercato per un altro motivo. Se ciò accade, possiamo rimuovere immediatamente il farmaco dall'Elenco dei farmaci. Se sta assumendo quel farmaco, glielo comunicheremo dopo aver effettuato la modifica.
- **Ulteriori modifiche ai farmaci presenti nell'Elenco dei farmaci.**
  - Potremmo apportare altre modifiche una volta iniziato l'anno che influiscono sui farmaci che sta assumendo. Ad esempio, ci siamo basati sulle avvertenze della FDA o sulle nuove linee guida cliniche riconosciute da Medicare.
  - La informeremo almeno 30 giorni prima di apportare tali modifiche, oppure la informeremo della modifica e copriremo una ulteriore fornitura di 31 giorni del farmaco che sta assumendo.

Se apportiamo una di queste modifiche a uno dei farmaci che sta assumendo, parli con il suo medico prescrittore delle opzioni più adatte a lei, tra cui il passaggio a un altro farmaco per il trattamento della sua patologia o la richiesta di una decisione di copertura per soddisfare eventuali nuove restrizioni sul farmaco

## Capitolo 5: Utilizzo della copertura del piano per i farmaci della Parte D

---

che sta assumendo. Lei o il suo medico prescrittore potete chiedere un'eccezione per continuare a coprire il farmaco o la versione del farmaco che sta assumendo. Per ulteriori informazioni su come richiedere una decisione riguardo la copertura, compresa un'eccezione, vada al Capitolo 9.

### Modifiche all'Elenco dei farmaci che non la riguardano durante questo anno di piano

Possiamo apportare alcune modifiche all'Elenco dei farmaci che non sono descritte sopra. In questi casi, la modifica non si applicherà a lei se sta assumendo il farmaco quando viene apportata la modifica; tuttavia, queste modifiche probabilmente la interesseranno a partire dal 1° gennaio del prossimo anno di piano se rimane nello stesso piano.

In generale, le modifiche che non la riguarderanno durante l'anno di piano in corso sono:

- Il farmaco viene spostato in un livello di partecipazione dei costi più elevato.
- Abbiamo applicato una nuova restrizione sull'uso del suo farmaco.
- Rimuoviamo il suo farmaco dall'Elenco dei farmaci.

Se si verifica una di queste modifiche per un farmaco che sta assumendo (ad eccezione del ritiro dal mercato, di un farmaco generico che sostituisce un farmaco di marca o di altre modifiche indicate nelle sezioni precedenti), la modifica non influirà sul suo uso o sull'importo che paga come quota del costo fino al 1° gennaio dell'anno successivo.

Non le comunicheremo direttamente questi tipi di modifiche durante l'anno di piano in corso. Dovrà controllare l'Elenco dei farmaci per il prossimo anno di piano (quando l'elenco è disponibile durante il periodo di iscrizione aperto) per vedere se ci sono modifiche ai farmaci che sta assumendo che avranno un impatto su di lei durante il prossimo anno di piano.

## SEZIONE 7 Tipi di farmaci non coperti

---

Alcuni tipi di farmaci su prescrizione sono esclusi. Ciò significa che Medicare non paga per questi farmaci.

Se presenta ricorso e ritiene che il farmaco richiesto non sia escluso ai sensi della Parte D, lo pagheremo o copriremo. (Per informazioni sul ricorso di una decisione, consulti il Capitolo 9.) Se il farmaco escluso dal nostro piano è escluso anche da Medicaid, è necessario per lei pagarlo da solo.

Ecco 3 regole generali sui farmaci che i piani farmacologici Medicare non copriranno nella Parte D:

- La copertura dei farmaci della Parte D del nostro piano non può coprire un farmaco che sarebbe coperto da Medicare Part A o Part B.
- Il nostro piano non può coprire un farmaco acquistato al di fuori degli Stati Uniti o dei suoi territori.
- Il nostro piano non può coprire l'uso *off-label* di un farmaco quando l'uso non è supportato da riferimenti certi, come l'American Hospital Formulary Service Drug Information e il Micromedex DRUGDEX Information System. L'uso *off-label* è qualsiasi uso del farmaco diverso da quelli indicati sull'etichetta di un farmaco approvato dalla FDA.

Inoltre, per legge, le seguenti categorie di farmaci elencate di seguito non sono coperte da Medicare. Tuttavia, alcuni di questi farmaci potrebbero essere coperti per lei dalla copertura dei farmaci Medicaid. Per ulteriori informazioni sulla copertura dei farmaci di Medicaid, contattare il Servizio per i Membri o il proprio ufficio Medicaid di Stato (le informazioni di contatto sono elencate nel Capitolo 2, Sezione 6).

## Capitolo 5: Utilizzo della copertura del piano per i farmaci della Parte D

---

- Farmaci senza prescrizione medica (chiamati anche farmaci da banco)
  - Farmaci utilizzati per promuovere la fertilità
  - Farmaci utilizzati per il sollievo dei sintomi della tosse o del raffreddore
  - Farmaci utilizzati per scopi cosmetici o per favorire la crescita dei capelli
  - Prescrizione di vitamine e prodotti minerali, ad eccezione delle vitamine prenatali e dei preparati a base di fluoro
  - Farmaci utilizzati per il trattamento della disfunzione sessuale o erettile
  - Farmaci utilizzati per il trattamento dell'anoressia, della perdita di peso o dell'aumento di peso
  - Farmaci ambulatoriali per i quali il produttore richiede che i test associati o i servizi di monitoraggio siano acquistati solo dal produttore come condizione di vendita

Se riceve Extra Help per pagare le prescrizioni mediche, Extra Help non pagherà i farmaci che non sono normalmente coperti. Se dispone di una copertura farmacologica attraverso Medicaid, il programma Medicaid del suo Stato può coprire alcuni farmaci su prescrizione normalmente non coperti da un piano farmacologico Medicare. Contatti il programma Medicaid del suo Stato per determinare quale copertura farmacologica sia disponibile per lei. (I numeri di telefono e le informazioni di contatto per Medicaid sono disponibili nel Capitolo 2, Sezione 6.)

## SEZIONE 8 Come compilare una prescrizione

---

Per compilare la sua prescrizione, fornisca le informazioni sull'iscrizione al piano, che può trovare sulla sua tessera di iscrizione, presso la farmacia convenzionata che sceglie. La farmacia convenzionata fatturerà automaticamente al nostro piano la quota dei costi del farmaco. Dovrà pagare alla farmacia la sua quota di partecipazione al costo al momento del ritiro del farmaco prescritto.

Se non ha le informazioni sull'iscrizione al piano, lei o la farmacia può chiamare il nostro piano per ottenere le informazioni necessarie o può chiedere alla farmacia di cercare le informazioni della sua iscrizione al piano.

Se la farmacia non è in grado di ottenere le informazioni necessarie, **potrebbe dover pagare l'intero costo del farmaco prescritto al momento del ritiro**. Può quindi **richiedere il rimborso** per la nostra parte. Vada al Capitolo 7, Sezione 2 per informazioni su come chiedere il rimborso al nostro piano.

## SEZIONE 9 Copertura dei farmaci della Parte D in situazioni particolari

---

### Sezione 9.1 Se si trova in ospedale o in una struttura di assistenza infermieristica qualificata per un periodo coperto dal nostro piano

Se è ricoverato in un ospedale o in una struttura di assistenza infermieristica qualificata per un periodo coperto dal nostro piano, generalmente copriremo il costo dei suoi farmaci su prescrizione durante questo periodo. Una volta lasciato l'ospedale o la struttura di assistenza infermieristica qualificata, il piano coprirà i farmaci su prescrizione purché soddisfino tutte le nostre regole per la copertura descritte in questo capitolo.

## Capitolo 5: Utilizzo della copertura del piano per i farmaci della Parte D

---

### Sezione 9.2 Cosa succede se risiede in una struttura di assistenza a lungo termine (LTC)

Di solito, una struttura di assistenza a lungo termine (LTC) (come una casa di cura) ha una propria farmacia o utilizza una farmacia che fornisce farmaci a tutti i suoi residenti. Se risiede in una struttura LTC, può ottenere i suoi farmaci su prescrizione attraverso la farmacia della struttura o quella che utilizza, purché faccia parte della convenzione.

Controlli l'*Elenco dei fornitori/delle farmacie* su [SWHNY.com](http://SWHNY.com) per scoprire se la farmacia della propria struttura LTC o quella che utilizza fa parte della convenzione. In caso contrario, o se ha bisogno di ulteriori informazioni o aiuto, può chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711). Se si trova in una struttura LTC, siamo tenuti a garantire che sia in grado di ricevere regolarmente le prestazioni della Parte D attraverso la nostra rete di farmacie LTC.

Se è residente in una struttura LTC e ha bisogno di un farmaco che non è presente nell'Elenco dei farmaci o che è soggetto a restrizioni, vada alla Sezione 5 per informazioni su come ottenere una fornitura temporanea o di emergenza.

### Sezione 9.3 Se si riceve anche una copertura dei farmaci da un datore di lavoro o da un piano di categoria per pensionati

Se dispone di un'altra copertura di farmaci tramite il suo datore di lavoro o dalla categoria dei pensionati (o del suo coniuge o partner domestico) contatti **l'amministratore delle prestazioni di tale gruppo**. Questa persona può aiutarla a determinare come la sua attuale copertura dei farmaci funzionerà con il nostro piano.

In generale, se dispone di una copertura per i dipendenti o per una categoria di pensionati, la copertura dei farmaci offerta da noi sarà *secondaria* rispetto alla copertura di categoria. Ciò significa che la copertura di categoria pagherebbe per prima.

#### Nota speciale sulla copertura accreditabile:

Ogni anno il datore di lavoro o la categoria di pensionati deve inviarle un avviso che indica se la copertura dei farmaci con prescrizione per l'anno solare successivo è accreditabile.

Se la copertura del piano di categoria è accreditabile, significa che il piano ha una copertura per i farmaci che si prevede paghi, in media, almeno quanto la copertura standard di Medicare per i farmaci.

**Conservi tutti gli avvisi relativi alla copertura accreditabile**, perché potrebbero servire in seguito per dimostrare che ha mantenuto la copertura accreditabile. Se non ha ricevuto l'avviso di copertura accreditabile, ne richieda una copia all'amministratore delle prestazioni del suo datore di lavoro o del piano pensionistico, oppure al datore di lavoro o al sindacato.

### Sezione 9.4 Cosa succede se si trova in un hospice certificato Medicare

Hospice e il nostro piano non coprono lo stesso farmaco allo stesso tempo. Se è iscritto a Medicare hospice e richiede determinati farmaci (ad esempio, farmaci anti-nausea, lassativi, antidolorifici o farmaci anti-ansia) che non sono coperti dal suo hospice perché non sono correlati alla sua malattia terminale e alle condizioni correlate, il nostro piano deve ricevere notifica dal medico prescrittore o dal suo fornitore di hospice che il

## Capitolo 5: Utilizzo della copertura del piano per i farmaci della Parte D

---

farmaco non è correlato prima che il nostro piano possa coprire il farmaco. Per evitare ritardi nella ricezione di questi farmaci che dovrebbero essere coperti dal nostro piano, chieda al suo fornitore di hospice o al medico prescrittore di fornire una notifica prima che la sua prescrizione venga compilata.

Nel caso in cui revochi la sua scelta di hospice o sia dimesso dall'hospice, il nostro piano dovrebbe coprire i suoi farmaci come spiegato in questo documento. Per evitare ritardi in una farmacia al termine della prestazione Medicare Hospice, portare la documentazione in farmacia per verificare la revoca o la dimissione.

### SEZIONE 10 Programmi sulla sicurezza e sulla gestione dei farmaci

---

Conduciamo revisioni sull'uso dei farmaci per assicurarci che i nostri membri ricevano cure sicure e appropriate.

Facciamo una revisione ogni volta che si compila una prescrizione. Esaminiamo anche i nostri registri su base regolare. Durante queste revisioni, cerchiamo potenziali problemi come:

- Possibili errori terapeutici
- Farmaci che potrebbero non essere necessari perché sta assumendo un altro farmaco simile per trattare la stessa condizione
- Farmaci che potrebbero non essere sicuri o appropriati a causa della sua età o sesso
- Alcune combinazioni di farmaci che potrebbero danneggiarla se assunte allo stesso tempo
- Prescrizioni per farmaci che hanno ingredienti a cui è allergico
- Possibili errori nella quantità (dosaggio) di un farmaco che sta assumendo
- Quantità non sicure di farmaci antidolorifici oppioidi

Se notiamo un possibile problema nell'uso dei farmaci, lavoreremo con il suo fornitore per risolverlo.

#### Sezione 10.1 Programma di gestione dei farmaci (Drug Management Program, DMP) per aiutare i membri a utilizzare in modo sicuro i loro farmaci oppioidi

Abbiamo un programma che aiuta a garantire che i Membri utilizzino in modo sicuro oppioidi da prescrizione e altri farmaci di cui si abusa frequentemente. Questo programma è chiamato Programma di gestione dei farmaci (Drug Management Program, DMP). Se usa farmaci oppioidi che riceve da diversi prescrittori o farmacie, o se ha avuto un recente sovradosaggio da oppioidi, potremmo parlare con i suoi medici per assicurarci che l'uso di farmaci oppioidi sia appropriato e necessario dal punto di vista medico. Lavorando con suoi prescrittori, se decidiamo che il suo uso di oppioidi o benzodiazepine potrebbe non essere sicuro, potremmo limitare il modo in cui può ottenere tali farmaci. Se la inseriamo nel nostro DMP, le limitazioni potrebbero essere:

- Richiedere di ottenere tutte le sue prescrizioni per farmaci oppioidi o benzodiazepine da determinate farmacie
- Richiedendole di ottenere tutte le sue prescrizioni per farmaci oppioidi o benzodiazepine da determinati prescrittori
- Limitare la quantità di farmaci oppioidi o benzodiazepine che copriremo per lei

Se abbiamo intenzione di limitare il modo in cui può ottenere questi farmaci o quanto può ottenere, le invieremo una lettera in anticipo. La lettera le indicherà se limiteremo la copertura di tali farmaci per lei o se

**Capitolo 5: Utilizzo della copertura del piano per i farmaci della Parte D**

---

le verrà richiesto di ottenere le prescrizioni per questi farmaci solo da un medico o una farmacia specifici. Avrò l'opportunità di dirvi quali prescrittori o farmacie preferisce utilizzare e qualsiasi altra informazione che ritiene importante per noi conoscere. Dopo aver avuto l'opportunità di rispondere, se decidiamo di limitare la sua copertura per questi farmaci, le invieremo un'altra lettera a conferma della limitazione. Se ritiene che abbiamo commesso un errore o non è d'accordo con la nostra decisione o con la limitazione, lei e il suo medico curante avete il diritto di presentare ricorso. Se fa ricorso, esamineremo il suo caso e le forniremo la nostra nuova decisione. Se continuassimo a rifiutare qualsiasi parte della sua richiesta relativa alle limitazioni che si applicano al suo accesso ai farmaci, invieremo automaticamente il suo caso a un revisore indipendente esterno al nostro piano. Veda il Capitolo 9 per informazioni su come fare ricorso.

Non sarà inserito nel nostro DMP se ha determinate condizioni mediche, come dolore correlato al cancro o anemia falciforme, sta ricevendo cure ospedaliere, palliative o di fine vita o vive in una struttura di assistenza a lungo termine.

**Sezione 10.2 Programma di gestione della terapia farmacologica (Medication Therapy Management, MTM) per aiutare i membri a gestire i farmaci**

Abbiamo un programma che può aiutare i nostri membri con esigenze sanitarie complesse. Il nostro programma si chiama Programma di gestione della terapia farmacologica (Medication Therapy Management, MTM). Questo programma è volontario e gratuito. Un team di farmacisti e medici ha sviluppato il programma per noi per fare in modo che i nostri membri traggano il massimo beneficio dai farmaci che assumono.

Alcuni membri che soffrono di determinate malattie croniche e assumono farmaci che superano un determinato ammontare di costi per i farmaci o che sono inseriti in un DMP per aiutare i membri a utilizzare gli oppioidi in modo sicuro, possono essere in grado di ottenere servizi attraverso un programma MTM. Se è idoneo per il programma, un farmacista o un altro fornitore di assistenza sanitaria le fornirà una revisione completa di tutti i suoi farmaci. Durante la revisione, può parlare dei suoi farmaci, dei suoi costi e di eventuali problemi o domande sulla sua prescrizione e sui farmaci da banco. Riceverà un riepilogo scritto che ha un elenco di cose da fare consigliato che include i passaggi da seguire per ottenere i migliori risultati dai farmaci. Riceverà anche un elenco dei farmaci che includerà tutti i farmaci che sta assumendo, quanto ne assume e quando e perché li assume. Inoltre, i membri del programma MTM riceveranno informazioni sullo smaltimento sicuro dei farmaci su prescrizione medica che sono sostanze controllate.

È una buona idea parlare con il medico della sua lista di cose da fare e di farmaci consigliati. Porti con sé il riepilogo alla sua visita o ogni volta che parla con i suoi medici, farmacisti e altri operatori sanitari. Inoltre, tenga aggiornato il suo elenco dei farmaci e con lei (ad esempio, con il suo documento d'identità) nel caso in cui lei vada in ospedale o al pronto soccorso.

Se abbiamo un programma che si adatta alle sue esigenze, la iscriveremo automaticamente al programma e le invieremo informazioni. Se decide di non partecipare, la preghiamo di comunicarcelo e noi provvederemo a ritirarla. Per qualsiasi domanda sul programma, può chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711).

**Capitolo 6: Quanto paga per i farmaci della Parte D**

---

**CAPITOLO 6:****Quanto paga per i farmaci della Parte D****SEZIONE 1 Quanto paga per i farmaci della Parte D**

---

In questo capitolo utilizziamo il termine “farmaco” per indicare un farmaco su prescrizione della Parte D. Non tutti i farmaci sono farmaci della Parte D. Alcuni farmaci sono esclusi dalla copertura della Parte D per legge. Alcuni dei farmaci esclusi dalla copertura della Parte D sono coperti da Medicare Part A o Part B.

Per comprendere le informazioni sul pagamento, è necessario sapere quali sono i farmaci coperti, dove riempire le prescrizioni e quali regole seguire per l'acquisto dei farmaci coperti. Il Capitolo 5 spiega queste regole. Quando si utilizza lo “Strumento per le prestazioni in tempo reale” del nostro piano per cercare la copertura dei farmaci su ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)), il costo visualizzato mostra una stima delle spese vive che si prevede di pagare. Può anche ottenere le informazioni fornite dallo “Strumento per le prestazioni in tempo reale” chiamando il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711).

**Come si possono ottenere informazioni sui costi dei farmaci se si riceve Extra Help con i costi dei farmaci su prescrizione della Parte D?**

Poiché ha diritto a Medicaid, ha diritto e sta ricevendo Extra Help da Medicare per pagare i costi del suo piano di farmaci su prescrizione. Poiché fa parte del programma Extra Help, **alcune informazioni contenute in questa Prova di copertura sui costi per i farmaci su prescrizione della Parte D potrebbero non essere applicabili**. Le abbiamo inviato un inserto separato, chiamato *Prova di copertura - Postilla per le persone che ricevono Extra Help per il pagamento dei farmaci su prescrizione* (noto anche come *Postilla di prestazione per le persone a basso reddito* o *Postilla LIS*), che la informa sulla sua copertura dei farmaci. Se non dispone di questo inserto, chiami il Servizio dei Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) e chiedi della *Postilla LIS*.

**Sezione 1.1 Tipi di spese vive che può pagare per i farmaci coperti**

Esistono 3 tipi di spese vive per i farmaci coperti dalla Parte D che possono esserle richieste:

- **Franchigia** è l'importo pagato per i farmaci prima che il nostro piano inizi a pagare la sua quota.
- **Copayment** è un importo fisso che si paga ogni volta che ritira un farmaco su prescrizione.
- **Compartecipazione** è una percentuale del costo totale che si paga ogni volta che ritira un farmaco su prescrizione.

**Sezione 1.2 Come Medicare calcola le spese vive**

Medicare ha delle regole che stabiliscono cosa conta e cosa non conta ai fini delle spese vive.

Ecco le regole da seguire per tenere traccia delle spese vive.

**Capitolo 6: Quanto paga per i farmaci della Parte D**

---

**Questi pagamenti sono inclusi nelle spese vive**

Le spese vive **comprendono** i pagamenti elencati di seguito (a condizione che si tratti di farmaci coperti dalla Parte D e che siano state rispettate le regole per la copertura dei farmaci illustrate nel capitolo 5):

- L'importo pagato per i farmaci quando si trova in una delle seguenti fasi di pagamento dei farmaci:
  - La fase della franchigia
  - La fase di copertura iniziale
- Qualsiasi pagamento effettuato durante l'anno solare in corso come membro di un altro piano di prescrizione Medicare prima di aderire al nostro piano
- Qualsiasi pagamento per i suoi farmaci effettuato da familiari o amici
- Qualsiasi pagamento effettuato per i farmaci da Extra Help di Medicare, dai piani sanitari del datore di lavoro o del sindacato, dai programmi Indian Health Service, AIDS Drug Assistance Program, State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP) e dalla maggior parte degli enti di beneficenza.

**Passaggio alla fase di copertura catastrofica:**

Quando lei (o chi paga per lei) avrà speso un totale di \$2,100 in spese vive nell'arco dell'anno solare, passerà dalla fase di copertura iniziale alla fase della copertura catastrofica.

---

**Questi pagamenti non sono inclusi nelle spese vive**

Le spese vive **non includono** nessuno di questi tipi di pagamento:

- Farmaci acquistati al di fuori degli Stati Uniti e dei suoi territori
- Farmaci che non sono coperti dal nostro piano
- Farmaci acquistati in una farmacia non convenzionata che non soddisfa i requisiti del piano per la copertura non convenzionata
- Farmaci non compresi nella Parte D, inclusi i farmaci coperti dalla Parte A o dalla Parte B e altri farmaci esclusi dalla copertura di Medicare
- Farmaci su prescrizione coperti dalla Parte A o dalla Parte B
- Pagamenti effettuati per i farmaci coperti dalla nostra copertura aggiuntiva ma non coperti normalmente da un piano farmacologico Medicare
- Pagamenti effettuati per farmaci normalmente non coperti da un piano farmacologico Medicare
- Pagamenti per i farmaci effettuati da alcuni piani assicurativi e programmi sanitari finanziati dal governo, come TRICARE e Veterans Health Administration (VA)
- Pagamenti per i farmaci effettuati da terzi con l'obbligo legale di pagare le spese di prescrizione (ad esempio, Retribuzione dei lavoratori)
- Pagamenti effettuati dai produttori di farmaci nell'ambito del programma Manufacturer Discount Program

*Promemoria:* se un'altra organizzazione, come quelle sopra elencate, paga una parte o la totalità delle sue spese vive per i farmaci, lei è tenuto a informare il nostro piano chiamando il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711).

## Capitolo 6: Quanto paga per i farmaci della Parte D

---

### Tracciamento delle spese vive complessive

- La Spiegazione delle prestazioni (EOB) della Parte D che riceve include il totale attuale delle sue spese vive. Quando questo importo raggiunge \$2,100, il rapporto indica che è uscito dalla fase di copertura iniziale ed è passato alla fase di copertura catastrofica.
- **Si assicurati di fornire le informazioni di cui abbiamo bisogno.** Consultate la sezione 3.1 per sapere cosa può fare per assicurarsi che i nostri registri delle spese siano completi e aggiornati.

## SEZIONE 2 Fasi di pagamento dei farmaci per i membri del Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

---

Esistono **3 fasi di pagamento dei farmaci** per la copertura dei farmaci ai sensi del Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). L'importo da pagare per ogni prescrizione dipende dalla fase in cui si trova quando ottiene una prescrizione riempita o ricaricata. I dettagli di ciascuna fase sono illustrati in questo capitolo. Le fasi sono:

- **Fase 1: Fase della franchigia annuale**
- **Fase 2: Fase di copertura iniziale**
- **Fase 3: Fase della copertura catastrofica**

## SEZIONE 3 La Spiegazione delle prestazioni della Parte D spiega in quale fase di pagamento si trova

---

- Il nostro piano tiene traccia dei costi dei farmaci su prescrizione e dei pagamenti effettuati quando acquista prescrizioni in farmacia. In questo modo, possiamo dirle quando è passato da una fase di pagamento del farmaco a quella successiva. Registriamo 2 tipi di costi:
- **Spese vive:** è l'importo da lei pagato. Ciò include quanto pagato per l'acquisto di un farmaco coperto dalla Parte D, eventuali pagamenti per i farmaci effettuati da familiari o amici e qualsiasi pagamento effettuato per i farmaci tramite Extra Help di Medicare, piani sanitari del datore di lavoro o del sindacato, programmi Indian Health Service, AIDS Drug Assistance Program, enti di beneficenza e la maggior parte dei programmi State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP).
- **Costi totali dei farmaci:** è il totale di tutti i pagamenti effettuati per i farmaci coperti dalla Parte D. Include quanto pagato dal piano, quanto pagato da lei e quanto pagato da altri programmi o organizzazioni per i farmaci coperti dalla Parte D.

Se ha riempito una o più prescrizioni attraverso il piano durante il mese precedente, le invieremo una spiegazione delle prestazioni della Parte D. La spiegazione delle prestazioni della Parte D comprende:

- **Informazioni per quel mese.** Questo rapporto fornisce i dettagli di pagamento sulle prescrizioni che ha compilato durante il mese precedente. Mostra i costi totali del farmaco, ciò che il piano ha pagato e ciò che ha pagato lei e altri per lei.
- **Totali per l'anno dal 1° gennaio.** Mostra i costi totali dei farmaci e i pagamenti totali per i farmaci dall'inizio dell'anno.
- **Informazioni sul prezzo dei farmaci.** Queste informazioni mostreranno il prezzo totale dei farmaci e le informazioni sugli aumenti di prezzo dal primo riempimento per ogni richiesta di prescrizione della stessa quantità.

## Capitolo 6: Quanto paga per i farmaci della Parte D

---

- **Prescrizioni alternative disponibili a basso costo.** Mostra informazioni su altri farmaci disponibili con una partecipazione ai costi inferiore per ciascuna richiesta di prescrizione, se applicabile.

### Sezione 3.1 Ci aiuti a mantenere aggiornate le nostre informazioni sui suoi pagamenti di farmaci

Per tenere traccia dei costi dei farmaci e dei pagamenti effettuati per i farmaci, utilizziamo i registri che riceviamo dalle farmacie. Ecco come può aiutarci a mantenere le sue informazioni corrette e aggiornate:

- **Mostri la sua tessera di iscrizione ogni volta che ritira farmaci su prescrizione.** Questo ci aiuta ad assicurarci di conoscere le prescrizioni erogate e ciò che sta pagando.
- **Si assicuri di fornire le informazioni di cui abbiamo bisogno.** Ci sono volte in cui può pagare l'intero costo di un farmaco soggetto a prescrizione medica. In questi casi, non otterremo automaticamente le informazioni di cui abbiamo bisogno per monitorare le sue spese vive. Per aiutarci a tenere traccia delle spese sostenute, ci fornisca le copie delle sue ricevute. **Esempi** di quando è necessario fornire copie delle ricevute dei farmaci:
  - Quando acquista un farmaco coperto presso una farmacia convenzionata a un prezzo speciale o utilizza una carta sconto che non fa parte della prestazione del nostro piano.
  - Quando ha effettuato un copayment per farmaci forniti nell'ambito di un programma di assistenza al paziente del produttore di farmaci.
  - Ogni volta che acquista farmaci coperti presso farmacie non convenzionate o che paga il prezzo intero per un farmaco coperto in circostanze particolari.

Se le viene addebitato un farmaco coperto, può chiedere al nostro piano di pagare la nostra quota del costo. Per istruzioni su come farlo, consulti il Capitolo 7, Sezione 2.

- **Ci invii informazioni sui pagamenti che altri hanno effettuato per lei.** Anche i pagamenti effettuati da altre persone e organizzazioni vengono conteggiati nei costi diretti. Ad esempio, i pagamenti effettuati da un programma State Pharmaceutical Assistance Program, AIDS Drug Assistance Program (ADAP), Indian Health Service e gli enti di beneficenza contano ai fini delle spese vive. Tenga un registro di questi pagamenti e li invii a noi in modo che possiamo monitorare i suoi costi.
- **Controlli la relazione scritta che le inviamo.** Quando riceve la spiegazione delle prestazioni della Parte D, controlli che le informazioni siano complete e corrette. Se pensa che manchi qualcosa o ha domande, può chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711). I membri del piano possono accedere alla spiegazione delle prestazioni online su [Caremark.com](https://www.caremark.com). Si assicuri di conservare questi rapporti.

## SEZIONE 4 La fase della franchigia

---

Poiché la maggior parte dei nostri membri riceve Extra Help per i costi dei farmaci su prescrizione, la fase della franchigia non si applica alla maggior parte dei membri. Se riceve Extra Help, questa fase di pagamento non si applica a lei.

Se non riceve un Extra Help, la fase della franchigia è la prima fase di pagamento per la copertura dei farmaci. Questa fase inizia con l'erogazione della prima prescrizione dell'anno. Quando si trova in questa fase di pagamento, **deve pagare l'intero costo dei farmaci** finché non raggiunge l'importo della franchigia del nostro piano, che è di \$615 per il 2026. La franchigia non si applica ai prodotti insulinici coperti e alla maggior parte dei vaccini della Parte D per adulti, compresi quelli contro l'herpes zoster, il tetano e i vaccini

## Capitolo 6: Quanto paga per i farmaci della Parte D

---

da viaggio. Per i farmaci di fascia 2-5 pagherà una franchigia annuale di \$615. **Deve pagare l'intero costo di \$615 per i farmaci della fascia 2-5** fino al raggiungimento dell'importo di franchigia del piano. Per tutti gli altri farmaci non dovrà pagare alcuna franchigia. Il **costo totale** è di solito inferiore al normale prezzo pieno del farmaco, poiché il nostro piano ha negoziato costi inferiori per la maggior parte dei farmaci presso le farmacie convenzionate. Il costo totale non può superare il prezzo massimo equo più le spese di distribuzione per i farmaci con prezzi negoziati nell'ambito del programma Medicare Drug Price Negotiation Program.

Una volta pagato \$615 per i farmaci di fascia 2-5, esce dalla Fase della franchigia e passa alla Fase di copertura iniziale.

### SEZIONE 5 La fase di copertura iniziale

---

#### Sezione 5.1 Il costo di un farmaco dipende dal farmaco stesso e dal luogo in cui prepara la prescrizione

Durante la fase di copertura iniziale, il piano paga una quota del costo dei farmaci coperti e lei paga la sua quota (il suo importo di copayment o compartecipazione). La sua quota di partecipazione al costo varia a seconda del farmaco e del luogo di prescrizione.

#### Il nostro piano prevede sei (6) livelli di partecipazione ai costi

Ogni farmaco presente nell'Elenco dei farmaci del piano è presente in uno dei sei (6) livelli di partecipazione ai costi. In generale, più è alto il numero del livello di partecipazione ai costi, più sarà alto il costo del farmaco:

- *Livello 1 - Generico preferito*
- *Livello 2 - Generico*
- *Livello 3 - Marchio preferito*
- *Livello 4 - Farmaco non preferito*
- *Livello 5 - Fascia speciale*
- *Livello 6 - Farmaci per la cura selezionati*

Per sapere in quale livello di partecipazione si trova il suo farmaco, consulti l'Elenco dei farmaci del nostro piano.

#### Scelta della farmacia

Il costo di un farmaco dipende dal fatto che il farmaco venga acquistato:

- In una farmacia al dettaglio convenzionata
- In una farmacia non convenzionata del piano. Copriamo le prescrizioni effettuate presso farmacie non convenzionate solo in situazioni limitate. Consulti il Capitolo 5, Sezione 2.5, per sapere quando è prevista la copertura di una prescrizione evasa in una farmacia non convenzionata.
- La farmacia di vendita per corrispondenza del nostro piano.

Per ulteriori informazioni sulla scelta delle farmacie e sull'evasione delle prescrizioni, consulti il Capitolo 5 o l'*Elenco delle farmacie* del nostro piano.

**Capitolo 6: Quanto paga per i farmaci della Parte D****Sezione 5.2 Costi per la fornitura di un mese di un farmaco coperto**

Durante la fase di copertura iniziale, la quota di partecipazione al costo di un farmaco coperto sarà costituita da un copayment o da una coassicurazione.

A volte il costo del farmaco è inferiore al copayment. In questi casi, pagherà il prezzo inferiore del farmaco anziché il copayment.

**Costi per la fornitura di un mese di un farmaco coperto della Parte D**

<b>Livello</b>	<b>Partecipazione ai costi presso punti vendita convenzionati standard (fornitura fino a 31 giorni)</b>	<b>Partecipazione ai costi per corrispondenza (fornitura fino a 31 giorni)</b>	<b>Partecipazione ai costi per assistenza a lungo termine (LTC) (fornitura fino a 31 giorni)</b>	<b>Partecipazione ai costi fuori convenzione (La copertura è limitata a determinate situazioni; per i dettagli consulti il Capitolo 5). (fornitura fino a 31 giorni)</b>
<b>Partecipazione ai costi Livello 1 (Generico preferito)</b>	\$0 copayment	\$0 copayment	\$0 copayment	\$0 copayment
<b>Partecipazione ai costi Livello 2 (Generico)</b>	\$0, \$1.60 o \$5.10 di copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 di copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione	\$0, \$1.60 o \$5.10 di copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 di copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione	\$0, \$1.60 o \$5.10 di copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 di copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione	\$0, \$1.60 o \$5.10 di copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 di copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione
<b>Partecipazione ai costi Livello 3 (Marchio preferito)</b>	\$0, \$1.60 o \$5.10 di copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 di copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione	\$0, \$1.60 o \$5.10 di copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 di copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione	\$0, \$1.60 o \$5.10 di copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 di copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione	\$0, \$1.60 o \$5.10 di copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 di copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione

**Capitolo 6: Quanto paga per i farmaci della Parte D**

<b>Livello</b>	<b>Partecipazione ai costi presso punti vendita convenzionati standard (fornitura fino a 31 giorni)</b>	<b>Partecipazione ai costi per corrispondenza (fornitura fino a 31 giorni)</b>	<b>Partecipazione ai costi per assistenza a lungo termine (LTC) (fornitura fino a 31 giorni)</b>	<b>Partecipazione ai costi fuori convenzione (La copertura è limitata a determinate situazioni; per i dettagli consulti il Capitolo 5). (fornitura fino a 31 giorni)</b>
<b>Partecipazione ai costi Livello 4 (Farmaco non preferito)</b>	\$0, \$1.60 o \$5.10 di copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 di copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione	\$0, \$1.60 o \$5.10 di copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 di copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione	\$0, \$1.60 o \$5.10 di copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 di copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione	\$0, \$1.60 o \$5.10 di copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 di copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione
<b>Partecipazione ai costi Livello 5 (Fascia speciale)</b>	\$0, \$1.60 o \$5.10 di copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 di copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione	\$0, \$1.60 o \$5.10 di copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 di copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione	\$0, \$1.60 o \$5.10 di copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 di copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione	\$0, \$1.60 o \$5.10 di copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 di copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione
<b>Partecipazione ai costi Livello 6 (Farmaci per la cura selezionati)</b>	\$0 copayment	\$0 copayment	\$0 copayment	\$0 copayment

Per ulteriori informazioni sulla partecipazione ai costi dei vaccini della Parte D, consulti la Sezione 8.

### **Sezione 5.3 Se il medico prescrive meno di un mese intero di fornitura, il costo dell'intera fornitura mensile potrebbe non essere a carico suo**

In genere, l'importo pagato per un farmaco copre un mese intero di fornitura. Può capitare che lei o il medico desideriate avere una scorta inferiore a un mese di un farmaco (ad esempio, se sta provando un farmaco per la prima volta). Può anche chiedere al medico di prescrivere, e al farmacista di dispensare, una scorta inferiore a un mese intero, se lo ritiene utile a pianificare meglio le date di ricarica.

Se riceve meno di un mese intero di fornitura di alcuni farmaci, non dovrà pagare per l'intero mese di fornitura.

**Capitolo 6: Quanto paga per i farmaci della Parte D**

- Se è responsabile della compartecipazione, pagherà una *percentuale* del costo totale del farmaco. Poiché la coassicurazione si basa sul costo totale del farmaco, il costo sarà inferiore poiché il costo totale del farmaco sarà più basso.
- Se è responsabile di un copayment per il farmaco, pagherà solo per il numero di giorni di farmaco che riceve, anziché per un mese intero. Calcoleremo l'importo che paga al giorno per il farmaco (il tasso di partecipazione ai costi giornaliero) e lo moltiplicheremo per il numero di giorni di farmaco forniti.

**Sezione 5.4 Costi per una fornitura a lungo termine (fino a 100 giorni) di un farmaco coperto della Parte D**

Per alcuni farmaci è possibile ottenere una fornitura a lungo termine (detta anche fornitura estesa). La fornitura a lungo termine è al massimo di 100 giorni.

**I costi per una fornitura a lungo termine di un farmaco coperto dalla Parte D**

<b>Livello</b>	<b>Partecipazione ai costi presso punti vendita al dettaglio (convenzionati) standard</b> (fornitura fino a 100 giorni)	<b>Partecipazione ai costi per corrispondenza</b> (fornitura fino a 100 giorni)
<b>Partecipazione ai costi Livello 1 (Generico preferito)</b>	\$0 copayment	\$0 copayment
<b>Partecipazione ai costi Livello 2 (Generico)</b>	\$0, \$1.60 o \$5.10 di copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 di copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione	\$0, \$1.60 o \$5.10 di copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 di copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione
<b>Partecipazione ai costi Livello 3 (Marchio preferito)</b>	\$0, \$1.60 o \$5.10 di copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 di copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione	\$0, \$1.60 o \$5.10 di copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 di copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione
<b>Partecipazione ai costi Livello 4 (Farmaco non preferito)</b>	\$0, \$1.60 o \$5.10 di copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 di copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione	\$0, \$1.60 o \$5.10 di copay per i farmaci generici (compresi i farmaci di marca trattati come generici) \$0, \$4.90 o \$12.65 di copay per tutti gli altri farmaci per prescrizione
<b>Partecipazione ai costi Livello 5 (Fascia speciale)</b>	Per i farmaci del livello cinque (5) non è disponibile una fornitura a lungo termine.	Per i farmaci del livello cinque (5) non è disponibile una fornitura a lungo termine.
<b>Partecipazione ai costi Livello 6 (Farmaci per la cura selezionati)</b>	\$0 copayment	\$0 copayment

## Capitolo 6: Quanto paga per i farmaci della Parte D

---

### Sezione 5.5 Rimane nella Fase di copertura iniziale fino al raggiungimento di \$2,100 di spese vive per l'anno

Rimane nella Fase di copertura iniziale fino al raggiungimento di \$2,100 di spese vive. Passa quindi alla Fase della copertura catastrofica.

La spiegazione delle prestazioni *della Parte D* che riceverà la aiuterà a tenere traccia di quanto lei, il piano ed eventuali terzi per suo conto avete speso durante l'anno. Non tutti i membri raggiungeranno il limite di spesa viva di \$2,100 in un anno.

La informeremo se raggiungerà questo importo. Per ulteriori informazioni su come Medicare calcola le spese vive, consulti la Sezione 1.3.

## SEZIONE 6 La Fase della copertura catastrofica

---

Durante la Fase della copertura catastrofica, lei non paga nulla per i farmaci coperti della Parte D. Entra nella Fase della copertura catastrofica quando raggiunge il limite di \$2,100 di spese vive per l'anno solare. Una volta entrato nella Fase della copertura catastrofica, rimarrà in questa fase di pagamento fino alla fine dell'anno solare.

Durante questa fase di pagamento, lei non paga nulla per i farmaci Parte D coperti.

## SEZIONE 7 Quanto paga per i vaccini della Parte D

---

**Messaggio importante su quanto paga per i vaccini** – Alcuni vaccini sono considerati prestazioni mediche e sono coperti dalla Parte B, mentre altri vaccini sono considerati farmaci della Parte D. Tali vaccini sono elencati nell'Elenco dei farmaci del piano. Il nostro piano copre la maggior parte dei vaccini per adulti Parte D senza alcun costo per lei. Per dettagli sulla copertura e sulla partecipazione ai costi di vaccini specifici, può consultare l'Elenco dei farmaci del piano o chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711).

La copertura dei vaccini della Parte D si articola in 2 parti:

- La prima parte è il costo del **vaccino stesso**.
- La seconda parte è il costo per **fornirle il vaccino**. (Questa operazione viene talvolta chiamata somministrazione del vaccino).

I costi di un vaccino della Parte D dipendono da 3 fattori:

- 1. Se il vaccino è raccomandato per gli adulti da un'organizzazione chiamata Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).**
  - La maggior parte dei vaccini della Parte D per adulti sono raccomandati dall'ACIP e non hanno alcun costo.
- 2. Dove viene dispensato il vaccino.**
  - Il vaccino stesso può essere dispensato da una farmacia o fornito dallo studio medico.
- 3. Chi le fornisce il vaccino.**
  - Un farmacista o un altro operatore può somministrare il vaccino in farmacia. In alternativa, un fornitore può somministrarglielo nello studio medico.

**Capitolo 6: Quanto paga per i farmaci della Parte D**

---

L'importo pagato al momento della vaccinazione della Parte D può variare a seconda delle circostanze e della **fase di pagamento del farmaco** in cui si trova.

- Quando si sottopone a una vaccinazione, potrebbe dover pagare l'intero costo sia del vaccino stesso sia di quello sostenuto dal fornitore per somministrarlo. Può chiedere al nostro piano di rimborsarle la nostra quota di spesa. Per la maggior parte dei vaccini della Parte D per adulti, ciò significa che le verrà rimborsato l'intero costo pagato.
- Altre volte, quando effettua una vaccinazione, pagherà solo la propria quota di costo nell'ambito della prestazione della Parte D. Per la maggior parte dei vaccini della Parte D per adulti, non pagherà nulla.

Di seguito sono riportati 3 esempi di come può ottenere un vaccino della Parte D.

*Situazione 1:* la vaccinazione della Parte D viene effettuata presso la farmacia convenzionata. (La possibilità di scegliere dipende dal luogo in cui vive. In alcuni Stati non è consentito alle farmacie di somministrare determinati vaccini).

- Per la maggior parte dei vaccini della Parte D per adulti, non pagherà nulla.
- Per gli altri vaccini della Parte D, pagherà alla farmacia la compartecipazione O il copayment per il vaccino stesso, che comprende il costo della somministrazione del vaccino.
- Il nostro piano pagherà il resto dei costi.

*Situazione 2:* la vaccinazione della Parte D viene effettuata presso lo studio medico.

- Quando le viene somministrato il vaccino, potrebbe dover pagare l'intero costo del vaccino stesso e il costo del fornitore che lo somministra.
- Può quindi chiedere al nostro piano di pagare la nostra quota di spesa utilizzando le procedure descritte nel capitolo 7.
- Per la maggior parte dei vaccini della Parte D per adulti, le verrà rimborsato l'intero importo pagato. Per gli altri vaccini della Parte D, le verrà rimborsato l'importo pagato meno l'eventuale compartecipazione O copayment per il vaccino (compresa la somministrazione) e meno l'eventuale differenza tra l'importo richiesto dal medico e quello normalmente pagato da noi. (Se riceve Extra Help, la differenza le verrà rimborsata).

*Situazione 3:* lei acquista il vaccino della Parte D presso la farmacia convenzionata e lo porta nello studio del medico, dove le viene somministrato.

- Per la maggior parte dei vaccini della Parte D per adulti, non pagherà nulla per il vaccino stesso.
- Per gli altri vaccini della Parte D, pagherà alla farmacia la compartecipazione O il copayment per il vaccino stesso.
- Quando il medico le somministra il vaccino, potrebbe dover pagare l'intero costo del servizio.
- Può quindi chiedere che il piano paghi la nostra quota di spesa utilizzando le procedure descritte nel Capitolo 7.
- Per la maggior parte dei vaccini della Parte D per adulti, le verrà rimborsato l'intero importo pagato. Per gli altri vaccini della Parte D, verrà rimborsato l'importo pagato meno l'eventuale compartecipazione per la somministrazione del vaccino e meno l'eventuale differenza tra l'importo addebitato dal medico e quello normalmente pagato da noi. (Se riceve Extra Help, la differenza le verrà rimborsata.)

## CAPITOLO 7:

# Richiesta di pagamento della nostra quota di una fattura per servizi medici o farmaci coperti

### **SEZIONE 1      Situazioni in cui dovrebbe presentare una richiesta di pagamento della nostra quota per i servizi o farmaci coperti**

---

I fornitori convenzionati fatturano direttamente al piano i servizi e i farmaci coperti. Se riceve una fattura per l'intero costo dell'assistenza medica o dei farmaci che ha ricevuto, deve inviarci questa fattura in modo che possiamo pagarla. Quando ci invia la fattura, la esamineremo e decideremo se i servizi e i farmaci devono essere da noi coperti. Se decidiamo che questi dovrebbero essere coperti, noi pagheremo direttamente il fornitore.

**Se ha già pagato per un servizio Medicare o un articolo coperto dal piano**, può chiedere al nostro piano di rimborsarla (la restituzione è spesso chiamata **rimborso**). È suo diritto essere rimborsato dal nostro piano ogni volta che ha pagato più della sua quota di spese per servizi medici o farmaci coperti dal nostro piano. Potrebbero esserci scadenze che deve rispettare per essere rimborsato. Consulti la Sezione 2 di questo capitolo. Quando ci invia una fattura che ha già pagato, la esamineremo e decideremo se i servizi o i farmaci devono essere coperti. Se decidiamo che dovrebbero essere coperti, la rimborseremo per i servizi o i farmaci.

Potrebbero anche esserci situazioni in cui riceve una fattura da un fornitore per l'intero costo dell'assistenza medica ricevuta o che supera la sua quota di partecipazione ai costi. Prima provi a risolvere la questione della fattura con il fornitore. Se non ci riesce, ci invii la fattura invece di pagarla. Esamineremo la fattura e decideremo se i servizi devono essere coperti. Se decidiamo che questi dovrebbero essere coperti, noi pagheremo direttamente il fornitore. Se decidiamo di non pagare, informeremo il fornitore. Non dovrebbe mai pagare più della partecipazione ai costi consentita dal piano. Se questo fornitore è sotto contratto, ha ancora il diritto al trattamento.

Ecco alcuni esempi di situazioni in cui potrebbe essere necessario chiedere al nostro piano di rimborsarla o di pagare una fattura che ha ricevuto:

#### **1. Quando ha ricevuto assistenza medica di emergenza o urgenti da un fornitore che non fa parte della rete del nostro piano**

Può ricevere servizi di emergenza o urgenti da qualsiasi fornitore, indipendentemente se convenzionato o meno. In questi casi, chiedi al fornitore di fatturare il nostro piano.

- Se paga l'intero importo da solo al momento in cui riceve le cure, ci chiedi di rimborsarla per la nostra quota sulle spese. Ci invii la fattura, insieme alla documentazione di eventuali pagamenti che ha effettuato.

**Capitolo 7: Richiesta di pagamento della nostra quota di una fattura per servizi medici o farmaci coperti**

- Potrebbe ricevere una fattura da un fornitore che chiede il pagamento di un importo che lei ritiene di non dover pagare. Ci invii la fattura, insieme alla documentazione di eventuali pagamenti che ha effettuato.
  - Se al fornitore è dovuto qualcosa, pagheremo direttamente il fornitore.
  - Se ha già pagato più della sua quota sulle spese per il servizio, determineremo l'ammontare del debito e le rimborseremo la nostra quota.

**2. Quando un fornitore convenzionato le invia una fattura che lei crede di non dover pagare**

I fornitori convenzionati dovrebbero sempre fatturare il piano direttamente. Potrebbero tuttavia commettere errori e chiederle di pagare per i servizi O più della sua quota sulle spese.

- Deve pagare la sua quota di partecipazione ai costi solo quando riceve i servizi coperti. Non consentiamo ai fornitori di aggiungere ulteriori addebiti separati, chiamati fatturazione a conguaglio. Questa forma di protezione (che le evita di pagare più dell'importo di partecipazione ai costi) si applica anche se pagassimo il fornitore meno di quanto questi addebita per un servizio e anche se, in caso di controversia, non pagassimo alcuni addebiti del fornitore. Non è consentito ai fornitori di fatturarle i servizi coperti. Paghiamo direttamente i nostri fornitori e la tuteliamo da eventuali addebiti. Questo vale anche se paghiamo al fornitore un importo inferiore a quello richiesto per un servizio. Ogni volta che riceve una fattura da un fornitore convenzionato che ritiene sia più di quanto dovrebbe pagare, ci invii la fattura. Contatteremo direttamente il fornitore e risolveremo il problema di fatturazione.
- Se ha già pagato una fattura a un fornitore convenzionato, ma ritiene di aver pagato troppo, ci invii la fattura insieme alla documentazione di tutti i pagamenti effettuati. Dovrebbe chiederci di rimborsarla per i suoi servizi coperti per la differenza tra l'importo pagato e quello dovuto in base al piano.

**3. In caso di iscrizione retroattiva al nostro piano**

A volte l'iscrizione di una persona al piano è retroattiva. (Ciò significa che il primo giorno della loro iscrizione è già passato. La data di iscrizione potrebbe anche essere avvenuta l'anno scorso.)

Se è iscritto retroattivamente al nostro piano e ha pagato di tasca sua per uno qualsiasi dei suoi servizi o farmaci coperti dopo la data di iscrizione, può chiederci di rimborsarla per la nostra quota sulle spese. Deve presentare documenti come ricevute e fatture per consentirci di gestire il rimborso.

**4. Quando utilizza una farmacia non convenzionata per farsi erogare una prescrizione**

Se si reca in una farmacia non convenzionata, la farmacia potrebbe non essere in grado di presentare la richiesta direttamente a noi. Quando ciò accade, dovrà pagare l'intero costo della sua prescrizione.

Conservi la ricevuta e ce ne invii una copia quando richiede un rimborso per la nostra quota sulle spese. Ricordi che copriamo solo le farmacie fuori rete in circostanze limitate. Vada al Capitolo 5, Sezione 2.5, per ulteriori informazioni su queste circostanze. La compagnia non potrà rimborsarle la differenza tra l'importo che lei ha pagato per il farmaco presso la farmacia non convenzionata e l'importo che pagherebbe presso una farmacia convenzionata.

**5. Quando paga l'intero costo per una prescrizione perché non ha con lei la tessera di iscrizione del piano**

Se non ha con lei la tessera di iscrizione al piano, può chiedere alla farmacia di richiamare il piano o di cercare le informazioni di iscrizione al nostro piano. Se la farmacia non riesce a ottenere immediatamente le informazioni di iscrizione di cui ha bisogno, potrebbe dover pagare da solo l'intero costo della prescrizione.

**Capitolo 7: Richiesta di pagamento della nostra quota di una fattura per servizi medici o farmaci coperti**

---

Conservi la ricevuta e ce ne invii una copia quando richiedi un rimborso per la nostra quota sulle spese. Potremmo non rimborsarle l'intero costo se il prezzo in contanti che ha pagato è superiore al prezzo negoziato per la prescrizione.

**6. Quando si paga l'intero costo per una prescrizione in altre situazioni**

Può pagare l'intero costo della prescrizione perché scopre che il farmaco non è coperto per qualche motivo.

- Ad esempio, il farmaco potrebbe non essere nell'Elenco dei farmaci del piano o potrebbe avere un requisito o una restrizione di cui non era a conoscenza o che non ritiene applicabile a lei. Se decide di ottenere il farmaco immediatamente, potrebbe dover pagare l'intero costo per esso.
- Salvi la ricevuta e ci invii una copia quando ci chiede di rimborsarla. In alcune situazioni, potremmo aver bisogno di maggiori informazioni dal suo medico per rimborsarla del farmaco per la nostra quota sulle spese. Potremmo non rimborsarle l'intero costo se il prezzo in contanti che ha pagato è superiore al prezzo negoziato per la prescrizione.

Quando ci invia una richiesta di pagamento, la esamineremo e decideremo se il servizio o il farmaco devono essere coperti. Si tratta di prendere una **decisione sulla copertura**. Se decidiamo per la copertura, pagheremo la nostra quota sulle spese per il servizio o il farmaco. Se rifiutiamo la sua richiesta di pagamento, può presentare ricorso contro la nostra decisione. Il Capitolo 9 contiene informazioni su come presentare ricorso.

---

**SEZIONE 2 Come chiederci di rimborsarla o di pagare una fattura che ha ricevuto**

---

Può chiederci di rimborsarla inviandoci una richiesta per iscritto. Se invia una richiesta per iscritto, invii la fattura e la documentazione di qualsiasi pagamento che ha effettuato. È una buona idea fare una copia della bolletta e delle ricevute. **La richiesta di rimborso deve essere presentata entro 1 anno solare** dalla data in cui ha ottenuto il servizio e/o l'articolo oppure entro 36 mesi dalla data in cui ha ricevuto il farmaco.

Per assicurarsi di fornirci tutte le informazioni di cui abbiamo bisogno per prendere una decisione, può compilare il modulo per effettuare la richiesta di pagamento.

- Non è necessario utilizzare il modulo, ma ci aiuterà a elaborare le informazioni più velocemente.
- Può scaricare una copia del modulo dal nostro sito web ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)) oppure può chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) per richiedere il modulo.

Ci invii la sua richiesta di pagamento insieme a eventuali fatture o ricevute pagate a questo indirizzo:

**Rimborsi dei servizi medici:**

Senior Whole Health of New York  
All'attenzione di: Servizi per i Membri di Medicare  
200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802  
Fax: (310) 507-6186

**Rimborsi farmaci su prescrizione:**

Molina Healthcare  
Attn: Reparto farmacia  
7050 Union Park Center, Suite 600  
Midvale, UT 84047

**Capitolo 7: Richiesta di pagamento della nostra quota di una fattura per servizi medici o farmaci coperti**

---

**SEZIONE 3 Prenderemo in considerazione la sua richiesta di pagamento e diremo sì o no**

---

Quando riceveremo la sua richiesta di pagamento, le faremo sapere se abbiamo bisogno di ulteriori informazioni da parte sua. In caso contrario, prenderemo in considerazione la sua richiesta e prenderemo una decisione sulla copertura.

- Se decidiamo che l'assistenza medica o il farmaco sono coperti e che ha seguito tutte le regole, pagheremo la nostra quota sulle spese per il servizio o il farmaco. Se ha già pagato il servizio o il farmaco, le invieremo per posta il rimborso della nostra parte di costo. Se ha pagato l'intero costo di un farmaco, potrebbe non essere rimborsato l'intero importo pagato (ad esempio, se il farmaco è stato acquistato in una farmacia non convenzionata o se il prezzo in contanti pagato per un farmaco è superiore al prezzo negoziato). Se non ha ancora pagato per il servizio o il farmaco, invieremo il pagamento direttamente al fornitore.
- Se decidiamo che l'assistenza medica o il farmaco non sono coperti, o se non ha seguito tutte le regole, non pagheremo la nostra quota sulle spese per le cure o il farmaco. Le invieremo una lettera che spiega i motivi per cui non stiamo inviando il pagamento e i suoi diritti di presentare ricorso contro tale decisione.

**Sezione 3.1 Se le viene comunicato che non pagheremo l'assistenza medica o il farmaco, può presentare un ricorso**

Se ritiene che abbiamo commesso un errore nel rifiutare la sua richiesta di pagamento o l'importo che stiamo pagando, può presentare un ricorso. Se presenta un ricorso, significa che ci sta chiedendo di modificare la decisione che abbiamo preso quando abbiamo rifiutato la sua richiesta di pagamento. La procedura di ricorso è un processo formale con procedure dettagliate e scadenze importanti. Per i dettagli su come presentare questo ricorso, vada al Capitolo 9.

**Capitolo 8: I suoi diritti e responsabilità**

# CAPITOLO 8:

## I suoi diritti e responsabilità

### **SEZIONE 1 Il nostro piano deve rispettare i suoi diritti e la sua sensibilità culturale**

#### **Sezione 1.1 Dobbiamo fornire le informazioni in un modo che funzioni per lei e coerente con le sue sensibilità culturali (in lingue diverse dall'inglese, in braille, a caratteri grandi o altri formati alternativi, ecc.)**

Il suo piano deve assicurare che tutti i servizi, clinici e non clinici, siano forniti in modo culturalmente competente e siano accessibili a tutti gli iscritti, compresi coloro che hanno una conoscenza limitata della lingua inglese, limitate abilità di lettura, incapacità uditive, o coloro che hanno background culturali ed etnici diversi. Esempi di come un piano può soddisfare questi requisiti di accessibilità comprendono, senza limitazioni, la fornitura di servizi di traduzione, di interpretariato, digitazione remota o collegamento TTY (telefono con testo o telescrivente).

Il nostro piano ha servizi di interpretariato gratuiti disponibili per rispondere alle domande dei membri non di lingua inglese. Se necessario, possiamo anche fornire materiale in braille, a caratteri grandi o in altri formati alternativi, gratuitamente. Siamo tenuti a fornirle informazioni sulle prestazioni del nostro piano in un formato accessibile e appropriato per lei. Per ricevere le nostre comunicazioni nel modo per lei più comodo, può chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711).

Il nostro piano è tenuto a offrire alle donne iscritte l'opzione di accesso diretto a uno specialista della salute femminile all'interno della rete per i servizi di assistenza sanitaria di routine e di prevenzione per le donne.

Se i fornitori della nostra rete per una specializzazione non sono disponibili, è responsabilità del nostro piano individuare fornitori specializzati al di fuori della rete che possano fornirle le cure necessarie. In questo caso, pagherà solo la quota di partecipazione ai costi prevista dalla rete. Se si trovasse in una situazione in cui non ci sono specialisti nella rete del nostro piano che coprono un servizio di cui ha bisogno, chiami il nostro piano per informazioni su dove andare per ottenere questo servizio con la partecipazione ai costi in rete.

Se ha problemi a ricevere informazioni dal nostro piano in un formato accessibile e appropriato per lei, a trovare uno specialista in salute femminile o uno specialista convenzionato, può presentare un reclamo al Servizio per i Membri chiamando il numero (833) 671-0440 dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale. Gli utenti TTY sono pregati di chiamare il 711. Può anche presentare un reclamo presso Medicare chiamando 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o direttamente presso l'Office for Civil Rights (Ufficio per i diritti civili) al numero 1-800-368-1019 o 1-800-537-7697 per gli utenti TTY.

<b>Sección 1.1</b>	<b>Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted y coherente con su identidad cultural (en otros idiomas además del inglés, en Braille, en letra grande o en formatos alternativos, etc.)</b>
--------------------	--

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con poco dominio del inglés, destrezas de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellas con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos

## Capitolo 8: I suoi diritti e responsabilità

de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de un traductor, los servicios de intérprete, los teleescritores o la conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teleescritores).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder a preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en sistema braille, en letras grandes o en formatos alternativos de forma gratuita si lo requiere. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre a dónde acudir para obtener este servicio según los costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame a Servicios para Miembros para presentar un reclamo al (833) 671-0440, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o puede presentarla directamente a la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

### 節 1.1 我們必須以適用於您且依據您文化敏感度的方式向您提供資訊 (非英語版本、點字、大字體版本或其他替代格式等)

您的計劃必須確保所有臨床和非臨床服務均以符合文化習慣且無障礙的方式提供給所有保戶，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力不足或文化和種族背景多元的人士。一項計劃如何符合這些無障礙要求的範例包括但不限於提供翻譯服務、口譯服務、TTY (文字電話或電傳打字機電話) 連線。

本計劃提供免費的口譯服務，為不說英語的會員回答問題。我們也可以根據您的需求，免費提供點字、大字體版本或其他替代格式資訊。我們必須以無障礙和適用於您的格式提供本計劃福利相關資訊。若要向我們索取適用於您的資訊版本，請致電會員服務部。

本計劃必須可讓女性保戶選擇，是否要直接透過網絡內的婦女健康專科醫師取得例行性和預防性健康照護服務。

如果無法提供本計劃網絡內某專科服務提供者，則本計劃有責任尋找網絡外專科服務提供者，為您提供必要的照護。在這種情況下，您只需支付網絡內分攤費用。如果您發現本計劃網絡中沒有自己所需給付服務的專科醫師，請致電本計劃，瞭解可前往何處以網絡內分攤費用的方式獲得此服務。

如果您遇到任何問題而無法以無障礙和適用於您的格式向本計劃取得資訊，請致電會員服務部提出申訴，電話號碼為 (833) 671-0440，當地時間週一至週五上午 8 點至晚上 8 點為您提供服務。TTY 使用者請撥打 711。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或直接致電民權辦公室，電話號碼為 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

### القسم 1-1 يجب أن نقدم معلومات بطريقة تناسبك وتتسق مع حساسياتك الثقافية (بلغات غير الإنجليزية، أو بطريقة برايل أو بخط كبير، أو بتسقيقات بديلة أخرى، إلخ).

في خطتك يجب التأكد من أن جميع الخدمات، السريرية وغير السريرية، يتم تقديمها بطريقة مناسبة ثقافياً ويمكن الوصول إليها لجميع المسجلين، بما في ذلك أولئك الذين لديهم إتقان محدود للغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو إعاقة

## Capitolo 8: I suoi diritti e responsabilità

سمعية، أو أولئك الذين لديهم ثقافات وخلفيات عرقية متنوعة. تتضمن الأمثلة على كيفية تلبية الخطة لمتطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال لا الحصر، توفير خدمات المترجم أو خدمات الترجمة الفورية أو الآلات الكاتبة أو اتصال TTY (الهاتف النصي أو هاتف الآلة الكاتبة).

وتوفر خطتنا خدمات ترجمة مجانية للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة. يمكننا أيضًا أن نقدم لك معلومات بطريقة برايل، أو بخط كبير، أو بتسقيقات بديلة أخرى دون أي تكلفة إذا كنت في حاجة إليها. نحن مطالبون بتزويدك بمعلومات حول مزايا الخطة بتنسيق يسهل عليك الوصول إليه ومناسب لك. يمكن الحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها والاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

مطلوب منا منح المسجلات خيار الوصول المباشر إلى أخصائي صحة المرأة داخل الشبكة للحصول على خدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

إذا لم يكن مقدمو الخدمة في شبكة الخطة متاحين لأحد التخصصات، تقع على عاتق الخطة مسؤولية تحديد مقدمي الخدمات المتخصصين خارج الشبكة الذين سيقدمون لك الرعاية اللازمة. في هذه الحالة، ستدفع فقط تكاليف المشاركة داخل الشبكة. إذا وجدت نفسك في موقف لا يوجد فيه متخصصون في شبكة الخطة يغطون الخدمة التي تحتاجها، فاتصل بالخطة للحصول على معلومات حول المكان الذي يمكنك الذهاب إليه للحصول على هذه الخدمة من خلال مشاركة التكلفة داخل الشبكة.

إذا كانت لديك أي مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بتنسيق يمكن الوصول إليه ومناسب لك، فيرجى الاتصال لتقديم شكوى إلى خدمات الأعضاء عن طريق الاتصال على 671-0440 (833)، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. TTY، يرجى الاتصال على الرقم 711. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال بالرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE أو مباشرة مع مكتب الحقوق المدنية 1-800-368-1019 أو TTY 1-800-537-7697.

<b>섹션 1.1</b>	<b>당사는 귀하에게 적합하고 귀하의 문화적 민감성과 일치하는 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 이외의 언어, 점자, 큰 활자 또는 기타 대체 형식 등으로).</b>
---------------	--

귀하의 플랜은 임상 및 비임상 서비스를 모두 문화적으로 유능한 방식으로 제공하고 제한된 영어 능력, 제한된 읽기 능력, 청력 장애 또는 다양한 문화적 및 민족적 배경을 가진 사람들을 포함하여 모든 등록자가 액세스 할 수 있도록 보장해야 합니다. 플랜이 이러한 접근성 요구 사항을 충족할 수 있는 방법의 예로는 번역가 서비스, 통역 서비스, 전신 타자기 또는 TTY(문자 전화 또는 전신 타자기 전화) 연결 제공 등이 있습니다(단, 이에 국한되지 않음).

본 플랜은 여러 가지 언어로 질문에 답해 드릴 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 또한 필요한 경우 점자, 큰 활자 또는 기타 대체 형식으로 정보를 무료로 제공할 수 있습니다. 플랜의 혜택에 대한 정보를 귀하에게 접근 가능하고 적합한 형식으로 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부에 전화하십시오.

당사의 플랜은 여성 등록자에게 여성의 일상 및 예방 건강 관리 서비스를 위해 네트워크 내에서 여성 건강 전문가에게 직접 액세스할 수 있는 옵션을 제공해야 합니다.

플랜 네트워크에 속한 전문의를 이용할 수 없는 경우, 플랜은 네트워크 외부에서 전문의를 지정하여 필요한 진료를 받을 수 있도록 해드려야 합니다. 이 경우 네트워크 내 비용 부담만 지불하면 됩니다. 필요한 서비스를 제공하는 플랜 네트워크에 전문의가 없는 경우, 네트워크 내 비용 부담으로 해당 서비스를 제공하는 의료 제공자의 정보를 플랜에 문의하십시오.

당사 플랜에서 귀하에게 접근할 수 있고 적합한 형식으로 정보를 얻는 데 문제가 있는 경우, 현지 시간으로 월요일부터 금요일까지, 오전 8시부터 오후 8시 사이에 (833) 671-0440로 전화하여 가입자 서비스부에 불만을 제기하십시오. TTY 사용자의 경우 711로 전화하십시오. 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하거나 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697로 직접 민권 사무소에 불만을 제기할 수 있습니다.

**Capitolo 8: I suoi diritti e responsabilità**

**Раздел 1.1 Мы должны предоставлять вам информацию в доступной для вас форме, а также в соответствии с вашими культурными особенностями (на других языках, помимо английского, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах и т. д.).**

Ваш план должен следить за тем, чтобы вся помощь, как клиническая, так и нет, оказывалась с учетом культурных особенностей пациента и была доступна всем участникам плана, в том числе с плохим знанием английского языка, ограниченными навыками чтения и нарушениями слуха или с различными культурными и этническими особенностями. Примеры того, как план может выполнить эти требования, включают, помимо прочего, предоставление услуг устных и письменных переводчиков, а также линий для слабослышащих (TTY — текстовый телефон или телетайп).

В нашем плане есть устные переводчики, готовые ответить на вопросы участников, не говорящих на английском языке. Услуги устных переводчиков предоставляются бесплатно. Кроме того, при необходимости мы можем бесплатно присылать вам наши материалы, напечатанные крупным шрифтом или шрифтом Брайля, либо в других альтернативных форматах. Информацию о покрываемых планом услугах мы должны сообщать в доступном и удобном для вас виде. Для того чтобы получить информацию в доступной для вас форме, позвоните в наш отдел обслуживания.

Наш план должен давать женщинам-участникам возможность обращаться непосредственно к гинекологам, которые сотрудничают с планом, для обычного и профилактического обслуживания.

Если сотрудничающих с планом врачей нужной специальности нет, план должен найти вам такого специалиста за пределами сети. В подобной ситуации вы оплачиваете только расходы в рамках сети. Если выясняется, что врачи нужной для вас специальности с планом не сотрудничают, позвоните в наш отдел обслуживания. Там объяснят, к кому обратиться за нужной вам помощью, заплатив только ту сумму, которая предусмотрена планом.

Если у вас возникнут проблемы с получением информации от нашего плана в доступной для вас форме, позвоните в отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 и подайте жалобу (с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени). При использовании TTY набирайте 711. Кроме того, можно пожаловаться в программу Medicare (телефон: 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227) или непосредственно в Управление по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights) (телефон: 1-800-368-1019 или TTY: 1-800-537-7697).

**Sezione 1.1 Dobbiamo fornire le informazioni in modo adeguato alle esigenze del cliente e in linea con le sue sensibilità culturali (in lingue diverse dall'inglese, in braille, in caratteri grandi o in altri formati alternativi, ecc.)**

Il Suo piano è necessario per garantire che tutti i servizi, sia clinici che non clinici, siano forniti in modo culturalmente competente e siano accessibili a tutti gli iscritti, compresi quelli con conoscenza della lingua inglese limitata, capacità di lettura limitate, incapacità uditiva o quelli con diversi background culturali ed etnici. Esempi di come un piano può soddisfare questi requisiti di accessibilità includono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, la fornitura di servizi di traduzione, servizi di interpretazione, telescriventi o connessione tty (telefono di testo o telefono di telescrivente).

Il nostro piano ha servizi di interpretariato gratuiti disponibili per rispondere alle domande dei membri non di lingua inglese. Possiamo anche fornirLe informazioni in braille, in caratteri grandi o in altri formati alternativi gratuitamente se ne ha bisogno. Siamo tenuti a fornirLe informazioni sui vantaggi del piano in un formato

**Capitolo 8: I suoi diritti e responsabilità**

accessibile e appropriato per Lei. Per ottenere informazioni da noi in un modo che funzioni per Lei, chiami il Servizio Soci.

Il nostro piano è necessario per dare alle donne iscritte la possibilità di accedere direttamente a uno specialista della salute delle donne all'interno della rete per i servizi di assistenza sanitaria di routine e preventiva delle donne.

Se i fornitori nella rete del piano per una specialità non sono disponibili, è responsabilità del piano individuare i fornitori di specialità al di fuori della rete che forniranno le cure necessarie. In questo caso, pagherà solo la condivisione dei costi in rete. Se si trova in una situazione in cui non ci sono specialisti nella rete del piano che coprono un servizio di cui ha bisogno, chiami il piano per informazioni su dove andare per ottenere questo servizio con la condivisione dei costi in rete.

Se ha problemi a ottenere informazioni dal nostro piano in un formato accessibile e appropriato per Lei, chiami per presentare un reclamo al Servizio Soci chiamando il numero (833) 671-0440, dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00. Gli utenti TTY sono pregati di chiamare il 711. Può anche presentare un reclamo a Medicare chiamando il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o direttamente all'Ufficio per i diritti civili 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

<b>Section 1.1</b>	<b>Nous sommes tenus de fournir des renseignements d'une manière qui vous convienne et soit respectueuse de vos sensibilités culturelles (dans d'autres langues que l'anglais, en braille, en gros caractères ou dans d'autres formats de substitution, etc.)</b>
--------------------	---

Votre régime est tenu de veiller à ce que tous les services, tant cliniques que non cliniques, soient fournis d'une manière culturellement compétente et soient accessibles à tous les affiliés, y compris ceux qui ont une maîtrise limitée de l'anglais, des capacités de lecture limitées, une incapacité auditive, ou ceux qui ont des origines culturelles et ethniques diverses. Un régime peut, par exemple, satisfaire à ces exigences d'accessibilité en fournissant des services de traduction et d'interprétation, des télécopieurs ou une connexion ATS (téléphone textuel ou télécopieur), mais cette liste n'est pas exhaustive.

Notre régime dispose de services d'interprétation gratuits pour répondre aux questions des affiliés non anglophones. Nous pouvons également vous fournir gratuitement des informations en braille, en gros caractères ou dans d'autres formats si nécessaire. Nous sommes tenus de vous fournir des informations sur les prestations du régime dans un format accessible et adapté à vos besoins. Pour obtenir des informations dans un format qui vous convienne, veuillez appeler les services aux membres.

Notre régime est tenu d'offrir aux femmes affiliées la possibilité d'accéder directement à un spécialiste de la santé des femmes au sein du réseau pour les soins de santé courants et préventifs.

Si le réseau du régime ne dispose pas de prestataires pour certains services spécialisés, il incombe au régime de trouver des prestataires de services spécialisés en dehors du réseau qui vous fourniront les soins nécessaires. Dans ce cas, vous ne paierez que la participation aux coûts au sein du réseau. Si vous vous trouvez dans une situation où aucun spécialiste du réseau du régime ne couvre un service dont vous avez besoin, appelez le régime pour savoir où vous adresser pour obtenir ce service avec une participation aux coûts au sein du réseau.

Si vous avez des difficultés à obtenir des informations de notre régime dans un format accessible et adapté à vos besoins, veuillez déposer un grief auprès des services aux membres en appelant le (833) 671-0440, du lundi au vendredi entre 8 h et 20 h, heure locale. Pour les utilisateurs du système TTY, veuillez appeler le 711. Vous pouvez également déposer une plainte auprès de Medicare en appelant le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ou directement auprès de l'Office for Civil Rights 1-800-368-1019 ou TTY 1-800-537-7697.

**Capitolo 8: I suoi diritti e responsabilità**

**seksyon 1.1 Nou dwe bay enfòmasyon yonan yon fason ki travay pou ou epi ki annamoni avèk sansiblite kiltirèl ou (nan lang ki pa Anglè, an bray, an gwo lèt, oswa yon lòt kalite fòma, elatriye.)**

Plan w lan dwe garanti tout sèvis yo, kit sèvis klinik ak sèvis ki pa sèvis klinik yo, pou li bay yo yon fason ki konpetan nan domèn kiltirèl epi yo aksesib pou tout moun ki enskri yo (asire yo), ki gen ladann moun ki pa pale Anglè byen, moun ki pa ka li byen, moun ki gen difikilte pou tandè, oswa moun ki gen divès kalite kilti ak orijin etnik yo. Men kèk egzanp sou fason yon plan ka reponn ak kondisyon aksesiblite sa yo (aksè pou moun ki gen yon andikap), li gen ladann bagay sa yo men se pa sa sèlman, bay sèvis tradiktè, sèvis entèprèt, telefòn tèks, oswa koneksyon TTY (telefòn tèks).

Plan nou an genyen sèvis entèprèt ki disponib gratis pou reponn kesyon manm ki pa pale Anglè yo. Epitou, nou kapab ba w enfòmasyon an bray, an gwo karaktè, oswa an lòt fòma gratis si w bezwen li. Nou oblije ba w enfòmasyon sou avantaj plan an nan yon fòma ki aksesib epi ki apwopriye pou ou. Pou jwenn enfòmasyon nan men nou yon fason ki bon pou ou, tanpri rele Sèvis pou Manm yo.

Plan nou an oblije bay fanm ki enskri yo yon opsyon aksè dirèk a yon espesyalis sante pou fanm ki nan rezo a, pou sèvis swen sante woutin yo ak swen prevansyon pou fanm yo.

Si pwofesyonèl swen sante ki nan rezo plan an pou yon espesyalite pa disponib, se responsablite plan an pou li jwenn pwofesyonèl swen sante espesyalize deyò rezo a k ap gen pou ba w swen ki nesèsè yo. Nan ka sa a, w ap peye sèlman pataj depans ki nan rezo a. Si w twouve w nan yon sitiyasyon kote pa gen espesyalis nan rezo plan an ki kouvri yon sèvis ou bezwen, rele plan an pou w ka jwenn enfòmasyon konsènan kote pou w ale pou w ka jwenn sèvis sa a nan pataj depans ki nan rezo a.

Si ou gen pwoblèm pou jwenn enfòmasyon nan plan nou an nan yon fòma ki aksesib epi ki apwopriye pou ou, tanpri rele pou depoze yon doleyans nan Sèvis pou Manm yo, deepi ou rele nimewo, (833)6710440, Lendi-Vandredi, 8a.m - 8p.m. lè lokal. . Itilizatè TTY yo, tanpri rele nan nimewo 711. Epitou, ou ka depoze yon plent nan Medicare, pou fè sa, rele nan nimewo 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) oswa dirèkteman nan Biwo pou Dwa Sivil la nan nimewo 1-800-368-1019 oswa itilizatè TTY yo rele nan nimewo 1-800-537-7697.

**1.1 סעקציע מיר מוזן צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין אַ וועג וואָס אַרבעט פֿאַר איר און קאָנסיסטענט מיט דיין קולטור סענסיטיוויטי (אין אנדערע שפראַכן ווי ענגליש, אין בראַיל, אין גרויס דרוק, אָדער אנדערע אַלטערנאַטיוו פֿאָרמאַטירונגען, אאז"ו.)**

אייער פֿלאַך איז פארלאנגט צו ענשור אַז אַ לע סערוויסעס, ביידע קליניש און ניט-קליניש, זענען צוגעשטעלט אין אַ קולטורלי קאָמפּעטענט שטייבייטן און זענען צוטריטלעך פֿאַר אַ לע ענראַ וּלְז, אריינגענומען יענע מיט באַ גרענעצט ענגליש באַ האַ וונטקייט, באַ גרענעצט ליענען סקילז, געהער ומפֿאַסיק, אַ דער יענע מיט פאַרשידן קולטור. און עטניק באַ קגראַ ונדז. ביישפילן פון ווי אַ פֿלאַך קען באַ געגענען די אַ קסעסאַ ביליטי פאדערונגען אַ ריינגעמען, אַ בער זענען נישט באַ גרענעצט צו צושטעלן פון יבערזעצער סערוויסעס, יבערזעצער סערוויסעס, טעלעטייפֿ־רייטער אַ דער TTY (טעקסט טעלעפאן) אַ דער טעלעטייפֿ־רייטער טעלעפאן) פֿאַרבינדונג.

אונדזער פֿלאַך האט פריי יבערזעצער סערוויסעס פאראנען צו ענטפֿערן פֿאַראַגעס פון ניט-ענגליש בייטןעדט מיטגלידער. מיר קענען אויך געבן אייך אינפֿאָרמאַציע אין בראַיל, אין גרויס דרוק אַ דער אנדערע אַלטערנאַטיוו פֿאַרמאַטירונגען אַן קיין קאסט אויב איר דאַרפֿן עס. מיר זענען פארלאנגט צו געבן אייך אינפֿאָרמאַציע וועגן דעם בענעפיטן פון דעם פֿלאַך אין אַ פֿאַרמאַט וואַס איז צוטריטלעך און פֿאַסיק פֿאַר אייך. צו באַקומען אינפֿאָרמאַציע פון אונדז אין אַ וועג וואַס אַרבעט פֿאַר אייך, ביטע רופן מיטגליד סערוויסעס.

אונדזער פֿלאַך איז פארלאנגט צו געבן ווייבלעך ענראַ וּלְז די אַ פֿאַר פון דירעקט אַ קסעס צו אַ פֿרויען געזונט ספֿעציאַליסט אין די נעץ פֿאַר פרויען רוטין און פֿרעווענטיוע געזונט קעיר סערוויסעס.

**Capitolo 8: I suoi diritti e responsabilità**

אויב פֿראַ וויידער אין דעם פלאַן נעץ פֿאַר אַ ספּעציאַליטעט זענען נישט פאראנען, עס איז די פֿאַראַנטוואָרטלעכקייט פון דעם פֿלאַן צו געפֿינען ספּעציאַליטעט פֿראַ וויידער אַרויס די נעץ וואָס וועט צושטעלן אייך מיט די נייטיק קעיר. אין דעם פֿלאַן, אייך וועט בלויז באַצאלן אין-נעץ קאסטן טיילונג. אויב איר געפֿינען זיך אין אַ סיטואַציע וווּ עס זענען קיין ספּעציאַליטעט אין די נעץ וואָס דעקן אַ סערוויס אייך דאַרפֿן, רופן דעם פֿלאַן פֿאַראַינפֿאַרמאַ ציע אויף וווּ צו גיין צו באַקומען דעם סערוויס אין די נעץ איינטיילונג קאסטן.

אויב איר האָט קיין קאַנפּליקט צו באַקומען אינפֿאַרמאַציע פון אונדזער פֿלאַן אין אַ פֿאַרמאַט וואָס איז צוטריטלעך און צונעמען פֿאַראַיר, ביטע רופן צו פאַרלייגן אַ קלאַ וויאַטור מיט מעמבער סערוויסעס דורך רופן 0440-671 (833), מאַנטיק-פּרייטאַג, 8 - 8, היגע צייט. TTY ניצערס, ביטע רופן 711. איר קענט אויך פאַרלייגן אַ קלאַ מיט Medicare דורך רופן (1-800-633-4227) MEDICARE אַ דער גלייך מיט די אַפּפּיסע פֿאַר סיוויל רעכט (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019 אַ דער TTY 1-800-537-7697.

<b>Sekcja 1.1</b>	<b>Musimy dostarczać informacje w sposób odpowiedni dla użytkownika i zgodny z jego wrażliwością kulturową (w językach innych niż angielski, wydrukowane alfabetem Braille'a, dużą czcionką lub w innych alternatywnych formatach itp.)</b>
-------------------	---

Plan jest zobowiązany do zapewnienia, aby wszystkie usługi, zarówno kliniczne, jak i niekliniczne, były świadczone w sposób uwzględniający odrębności kulturowe i były dostępne dla wszystkich osób zapisanych do planu, w tym osób z ograniczoną znajomością języka angielskiego, ograniczoną umiejętnością czytania, niesłyszących lub osób o różnym pochodzeniu kulturowym i etnicznym. Plan może spełnić wymagania w zakresie dostępności zapewniając między innymi usługi tłumacza ustnego i pisemnego lub usługi telefonu tekstowego (TTY).

Plan oferuje usługi tłumaczy, którzy bezpłatnie pomagają członkom niemówiącym po angielsku w uzyskiwaniu odpowiedzi na pytania. W razie potrzeby może także zapewnić bezpłatnie informacje wydrukowane alfabetem Braille'a, dużą czcionką lub w innych alternatywnych formatach. Plan jest zobowiązany do przekazywania informacji o świadczeniach w formacie dostępnym i odpowiednim dla członków. Aby uzyskać od planu informacje w odpowiednim dla siebie formacie, członkowie powinni zadzwonić do działu obsługi uczestników.

Plan jest zobowiązany do zapewnienia członkiniom opcji bezpośredniego dostępu do specjalisty ds. zdrowia kobiet w ramach sieci w zakresie regularnych i profilaktycznych usług opieki zdrowotnej dla kobiet.

Jeśli w sieci nie ma dostępnych świadczeniodawców danej specjalizacji, obowiązkiem planu jest znalezienie świadczeniodawców spoza sieci, którzy zapewnią niezbędną opiekę. W takim przypadku członek zapłaci tylko obowiązujący w sieci udział w kosztach. Jeśli członek znajdzie się w sytuacji, kiedy w sieci planu nie będzie specjalistów, którzy zapewniliby potrzebną mu usługę, powinien zadzwonić do planu, aby uzyskać informacje, gdzie może uzyskać taką usługę przy udziale w kosztach obowiązującym w sieci.

Osoby, które mają trudności z uzyskaniem od planu informacji w dostępnym i odpowiednim formacie, mogą złożyć zażalenie w dziale obsługi członków, dzwoniąc pod numer (833) 671-0440 od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 – 20.00 czasu lokalnego. Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 711. Można również złożyć skargę do Medicare, dzwoniąc pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) lub bezpośrednio do Urzędu ds. Praw Obywatelskich pod numer 1-800-368-1019 lub TTY 1-800-537-7697.

<b>Seksyon 1.1</b>	<b>Dapat naming ibigay ang impormasyon sa paraang gumagana para sa iyo at sumusunod sa mga pagkasensitibo ng kultura (sa wika maliban sa Ingles, sa braille, sa malalaking titik, o ibang kahaliling mga format, atbp.)</b>
--------------------	---

Kinakailangan ang plano mo para matiyak na ang lahat ng mga serbisyo, parehong klinikal at hindi klinikal, ay ibinibigay sa isang paraang may kakayahang pangkultura at naa-access sa lahat ng mga nakatala, kabilang ang mga may limitadong kasanayan sa Ingles, limitadong kakayahan sa pagbasa, kawalan ng kakayahan sa

## Capitolo 8: I suoi diritti e responsabilità

pandinig, o mga may magkakaibang kultura at etnikong pinagmulan. Kasama sa mga halimbawa ng kung paano matutugunan ng isang plano ang mga kinakailangan sa pagiging naa-access na ito, ngunit hindi limitado sa pagbibigay ng mga serbisyo ng tagasalín, mga serbisyo ng interpreter, teletypewriter, o TTY (teleponong pang-text o teleponong teletypewriter) na koneksyon.

Mayroong mga libreng serbisyo ng interpreter ang plano namin na handang magamit para sagutin ang mga tanong mula sa mga miyembrong hindi nakakapagsasalita ng Ingles. Maaari ka rin naming bigyan ng impormasyon sa braille, sa malaking titik, o ibang kahaliling format nang walang bayad kung kailangan mo ito. Inaatasan kaming magbigay sa iyo ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng plano sa isang format na naa-access at naa-angkop para sa iyo. Para makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang gumagana sa iyo, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Inaatasan ang plano namin na bigyan ang mga babaeng nakatala ng opsyon ng direktang pag-access sa isang espesyalista sa kalusugan ng kababaihan sa loob ng network para sa mga regular na serbisyo ng kababaihan at pang-iwas na pangangalaga sa kalusugan.

Kung hindi handang magamit ang mga provider sa network ng plano para sa isang espesyalidad, responsibilidad ng plano na humanap ng mga provider ng espesyalidad sa labas ng network na magbibigay sa iyo ng kinakailangan na pangangalaga. Sa kasong ito, babayaran mo lamang ang hatian sa gastos sa network. Kung nakita mo ang sarili mo sa isang sitwasyon kung saan walang mga espesyalista sa network ng plano na sumasaklaw sa isang serbisyo na kailangan mo, tawagan ang plano para sa impormasyon kung saan pupunta para makuha ang serbisyong ito sa hatian sa gastos sa network.

Kung mayroon kang anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa isang format na naa-access at naa-angkop para sa iyo, mangyaring tumawag para maghain ng karaingan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa pamamagitan ng pagtawag sa (833) 671-0440, Lunes-Biyernes, 8 a.m. – 8 p.m., lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY, mangyaring tumawag sa 711. Maaari ka ring maghain ng reklamo sa Medicare sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o nang direkta sa Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

**বভিগ 1.1** আমাদরে অবশ্যই এমনভাবে তথ্য প্রদান করতে হবে যা আপনার জন্য কার্যকরী এবং আপনার সাংস্কৃতিক সংবেদনশীলতার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হয় (ইংরেজি বিষয়ীত অন্যান্য ভাষায়, ব্রহেল, বড় হরফে মুদ্রণে বা অন্যান্য বকিল্প ফর্মাটে ইত্যাদিতে)

সমস্ত পরিসিবা, কলনিকাল এবং অ-কলনিকাল উভয়ই সাংস্কৃতিকভাবে উপযুক্ত পদ্ধতিতে প্রদান করা হয় এবং যাদরে ইংরেজিতে দক্ষতা সীমিত, পড়ার দক্ষতা সীমিত, শ্রবণশক্তির অক্ষমতা রয়েছে বা যাদরে বচৈত্রিময় সাংস্কৃতিক এবং জাতগিত প্রক্শাপট রয়েছে তারা সহ সমস্ত তালকিাভুক্তদরে জন্য অ্যাক্সসেসযোগ্য, আপনার প্ল্যানটিকে তা নশিচতি করতে হবে। কোনো প্ল্যান কীভাবে এই অ্যাক্সসেসযোগ্যতার প্রয়োজনীয়তাগুলি পূরণ করতে পারে তার উদাহরণগুলি মধ্যে রয়েছে, তবে অনুবাদক পরিসিবা, দোভাষী পরিসিবা, টেলোটিইপ্রাইটার বা TTY (টেক্সট টেলিফোন বা টেলোটিইপ্রাইটার ফোন) সংযোগে বধিানরে মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়।

আমাদরে প্ল্যানে, ইংরেজিভাষী নয় এমন সদস্যদরে প্রশ্নরে উত্তর দেওয়ার জন্য বনামূল্যে দোভাষী পরিসিবা রয়েছে। আপনার প্রয়োজন হলে, আমরা আপনাকে ব্রহেল, বড় হরফে মুদ্রণে বা অন্যান্য বকিল্প ফর্মাটে কোনো খরচ ছাড়াই তথ্য দিতে পারি। আমাদরে আপনাকে প্ল্যানরে সুবধিাগুলি সম্পর্কে এমন একটা ফর্মাটে তথ্য দিতে হবে যা আপনার জন্য অ্যাক্সসেসযোগ্য এবং উপযুক্ত। আপনার জন্য কার্যকরী এমন উপায়ে আমাদরে থেকে তথ্য পতে, অনুগ্রহ করে সদস্য পরিসিবোদতিে কল করুন।

আমাদরে প্ল্যানটির মহলিা তালকিাভুক্তদরে, মহলিাদরে রুটনি ও প্রতরিোধমূলক স্বাস্থ্যসবো পরিসিবোগুলোর জন্য নটেওয়ারকরে মধ্যে একজন মহলিা স্বাস্থ্য বশিয়েজ্ঞরে সরাসরি যোগাযোগ করতে দেওয়ার বকিল্প প্রদান করা প্রয়োজন।

## Capitolo 8: I suoi diritti e responsabilità

কোনো বিশেষভাবে জন্ম প্ল্যানের নটেওয়ারক সর্বস্বত্বকারীরা উপলভ্য না হলে, নটেওয়ারক বাইরে বিশেষ সর্বস্বত্বকারী, যারা আপনাকে প্রয়োজনীয় পরিচর্যা সর্বস্বত্ব করবে তাদের খুঁজে বের করার দায়িত্ব প্ল্যানের উপর বর্তায়। এই ক্ষেত্রে, আপনি শুধুমাত্র ইন-নটেওয়ারক খরচ শেয়ার করে নেওয়ার অর্থ পেমেন্ট করবেন। আপনার প্রয়োজনীয় পরিষেবা আপনাকে প্রদান করতে পারে প্ল্যানের নটেওয়ারক এমন কোনো বিশেষজ্ঞ উপস্থিতি নই এরকম কোনো পরিস্থিতিতে আপনি পড়লে, ইন-নটেওয়ারক খরচ শেয়ার করে নেওয়ার সময় এই পরিষেবাটি পতে কোথায় যতে হবে সে সম্পর্কে তথ্যের জন্ম প্ল্যান কল করুন।

আপনার জন্ম অ্যাক্সেসযোগ্য ও উপযুক্ত ফর্ম্যাটে আমাদের প্ল্যান বিয়ক তথ্য পতে আপনার কোনো সমস্যা হলে, অনুগ্রহ করে সোমবার থেকে শুব্বার স্থানীয় সময় সকাল 8টা থেকে রাত 8টার মধ্যে সদস্য পরিষেবা অভয়োগ দায়ের করতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন। TTY ব্যবহারকারী, অনুগ্রহ করে 711 এ কল করুন। এছাড়াও, আপনি 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করে Medicare-এর কাছে অভয়োগ দায়ের করতে পারেন বা 1-800-368-1019 বা TTY 1-800-537-7697-এ সরাসরি কল করে সন্তি রাইটস অফিসে অভয়োগ দায়ের করতে পারেন।

### **Seksioni 1.1 Ne jemi të përkushtuar të ofrojmë informacion të përshtatshëm për ju dhe që respekton ndjeshmëritë tuaja kulturore (në gjuhë të tjera përveç anglishtes, në braille, në format me shkronja të mëdha ose formate të tjera alternative, etj.)**

Planit tuaj duhet të ofrojë të gjitha shërbimet, si klinike ashtu edhe jo-klinike në një mënyrë kompetente kulturore dhe janë të aksesueshme për të gjithë të regjistruarit, duke përfshirë personat me aftësi të kufizuara në anglisht, personat me aftësi të kufizuara në lexim, personat me aftësi të kufizuar në dëgjim ose personat me kulturë dhe prejardhje etnike të ndryshme. Shembujt se si një plan mund t'i plotësojë këto kërkesa aksesueshmërie përfshijnë, por nuk kufizohen me ofrimin e shërbimeve të përkthyesve, shtypshkronjave ose lidhjes me TTY (telefon me tekst ose telefon me shtypshkronjë).

Plani ynë ofron shërbime me përkthyes falas për t'iu përgjigjur pyetjeve të anëtarëve që nuk flasin anglisht. Ne gjithashtu mund t'ju japim informacione në braille, në format me shkronja të mëdha ose në formate të tjera alternative pa kosto, sipas nevojës. Neve na kërkohet t'ju japim informacione rreth përfitimeve të planit në një format që është i aksesueshëm dhe i përshtatshëm për ju. Për të marrë informacion nga ne në një mënyrë të përshtatshme për ju, ju lutemi telefononi Shërbimet e Anëtarëve.

Plani ynë duhet t'ju japë grave të regjistruara mundësinë e aksesit të drejtpërdrejtë te një specialist i shëndetit të gruas brenda rrjetit për shërbimet rutinë dhe parandaluese të kujdesit shëndetësor për gratë.

Nëse ofruerit në rrjetin e planit për një specialitet nuk janë të disponueshëm, është përgjegjësi e planit të gjejë ofruerit e specializuar jashtë rrjetit, të cilët do t'ju ofrojnë kujdesin e nevojshëm. Në këtë rast, ju do të paguani vetëm ndarjen e kostos brenda rrjetit. Nëse përballeni me një situatë ku nuk ka specialistë në rrjetin e planit që mbulojnë një shërbim që ju nevojitet, telefononi planin për të marrë informacion se ku të shkoni për ta marrë këtë shërbim me ndarjen e kostos brenda rrjetit.

Nëse hasni ndonjë problem për të marrë informacion nga plani ynë në një format që është i arritshëm dhe i përshtatshëm për ju, ju lutemi telefononi për të paraqitur një ankesë tek Shërbimet e Anëtarëve duke telefonuar (833) 671-0440, nga e hëna në të premte, nga ora 08:00 - 20:00, ora lokale. Përdoruesit TTY, ju lutem telefononi 711. Ju gjithashtu mund të paraqisni një ankesë te Medicare duke telefonuar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ose drejtpërdrejt te Zyra për të Drejtat Civile 1-800-368-1019 ose TTY 1-800-537-7697.

**Capitolo 8: I suoi diritti e responsabilità**

**Ενότητα 1.1** Πρέπει να παρέχουμε πληροφορίες με τρόπο που να λειτουργεί για εσάς και που να συνάδει με τις πολιτισμικές σας ευαισθησίες (σε γλώσσες εκτός των Αγγλικών, σε γραφή Braille, με μεγάλα γράμματα ή σε άλλες εναλλακτικές μορφές κ.λπ.)

Το πρόγραμμά σας απαιτείται να διασφαλίσει ότι όλες οι υπηρεσίες, τόσο κλινικές όσο και μη κλινικές, παρέχονται με πολιτισμικά ικανό τρόπο και είναι προσβάσιμες σε όλους τους εγγεγραμμένους, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με περιορισμένη αγγλική επάρκεια, περιορισμένες δεξιότητες ανάγνωσης, ανικανότητα ακοής ή άτομα με διαφορετικό πολιτιστικό και εθνοτικό υπόβαθρο. Παραδείγματα του τρόπου με τον οποίο ένα πρόγραμμα μπορεί να πληροί αυτές τις απαιτήσεις προσβασιμότητας περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την παροχή μεταφραστικών υπηρεσιών, υπηρεσιών διερμηνείας, τηλεγραφομηχανών ή σύνδεσης TTY (τηλέφωνο κειμένου ή τηλέφωνο τηλεγραφομηχανής).

Το πρόγραμμά μας διαθέτει δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσετε σε ερωτήσεις από μη αγγλόφωνα μέλη. Μπορούμε, επίσης, να σας δώσουμε πληροφορίες σε γραφή Braille, με μεγάλα γράμματα ή σε άλλες εναλλακτικές μορφές χωρίς κόστος, εάν τις χρειάζεστε. Είμαστε υποχρεωμένοι να σας παρέχουμε πληροφορίες σχετικά με τις παροχές του προγράμματος σε μορφή που είναι προσβάσιμη και κατάλληλη για εσάς. Για να λάβετε πληροφορίες από εμάς με τρόπο που σας εξυπηρετεί, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών.

Το πρόγραμμά μας απαιτείται να δώσει στις γυναίκες εγγεγραμμένους τη δυνατότητα άμεσης πρόσβασης σε έναν ειδικό υγείας γυναικών στο πλαίσιο του δικτύου για υπηρεσίες ρουτίνας και προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης των γυναικών.

Εάν οι πάροχοι στο δίκτυο του προγράμματος για μια ειδικότητα δεν είναι διαθέσιμοι, είναι ευθύνη του προγράμματος να εντοπίσει εξειδικευμένους παρόχους εκτός του δικτύου που θα σας παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα. Σε αυτήν την περίπτωση, θα πληρώσετε μόνο επιμερισμό κόστους εντός δικτύου. Εάν βρεθείτε σε μια κατάσταση όπου δεν υπάρχουν ειδικοί στο δίκτυο του προγράμματος που να καλύπτουν μια υπηρεσία που χρειάζεστε, καλέστε το πρόγραμμα για πληροφορίες σχετικά με το πού να πάτε για να αποκτήσετε αυτήν την υπηρεσία με επιμερισμό κόστους εντός δικτύου.

Εάν αντιμετωπίζετε προβλήματα με τη λήψη πληροφοριών από το πρόγραμμά μας σε μορφή που να είναι προσβάσιμη και κατάλληλη για εσάς, καλέστε για να υποβάλετε παράπονο στο Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στον αριθμό (833) 671-0440, Δευτέρα έως Παρασκευή, 8 π.μ. έως 8 μ.μ., τοπική ώρα. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY παρακαλούνται να καλέσουν στο 711. Μπορείτε επίσης να υποβάλετε καταγγελία στο Medicare καλώντας στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ή απευθείας στο Γραφείο Πολιτικών Δικαιωμάτων 1-800-368-1019 ή TTY 1-800-537-7697.

**1.1** ہمیں معلومات اس انداز میں فراہم کرنی چاہیے جو آپ کے لیے مناسب ہو اور آپ کے ثقافتی حساس بہلوؤں سے ہم آہنگ ہو (انگریزی کے علاوہ باقی زبانوں میں، بریل میں، بڑے پرنٹ میں، یا دیگر متبادل فارمیٹس، وغیرہ)

آپ کے منصوبے سے اس بات کو یقینی بنانے کا تقاضا کیا جاتا ہے کہ تمام سروسز، کلینکل اور غیر کلینکل دونوں ثقافتی طور پر موزوں انداز میں فراہم کی جاتی ہیں اور تمام مندرجہ افراد کو ان تک رسائی حاصل ہے جن میں انگریزی زبان کی محدود مہارت، پڑھنے کی محدود مہارتیں، قوت سماعت سے محروم، یا متنوع ثقافتی اور نسلی پس منظر سے تعلق رکھنے والے افراد شامل ہیں۔ منصوبہ رسائی کے تقاضے کیسے پورا کر سکتا ہے اس کی مثالوں میں بلاتحدید، ترجمان کی سروسز، مترجم کی سروسز، ٹیلی ٹائپ رائٹرز، یا TTY (ٹیکسٹ ٹیلی فون یا ٹیلی ٹائپ رائٹر فون) کنکشن کی فراہمی شامل ہیں۔

ہمارے منصوبے میں مفت ترجمان کی سروسز موجود ہیں جو انگریزی نہ بولنے والے ممبرز کے سوالات کا جواب دینے کے لیے دستیاب ہیں۔ ہم آپ کو ضرورت پیش آنے پر بریل سسٹم میں، بڑے پرنٹ میں، یا دیگر متبادل فارمیٹس میں بغیر کسی قیمت کے بھی معلومات فراہم کرتے ہیں۔ ہمارے لیے منصوبے کے وظائف کے بارے میں ایسے فارمیٹ میں آپ کو معلومات فراہم کرنا

## Capitolo 8: I suoi diritti e responsabilità

ضروری ہے جو آپ کے لیے قابل رسائی اور موزوں ہو۔ براہ کرم ہم سے اپنے لیے کام کرنے والی معلومات حاصل کرنے کے لیے ممبر سروسز کو کال کریں۔

ہمارے منصوبے سے تقاضا کیا جاتا ہے کہ وہ مندرج خواتین کو ان کی روزمرہ اور احتیاطی صحت کی نگہداشت کی سروسز کے لیے نیٹ ورک کے اندر خواتین کی صحت کے ماہر تک براہ راست رسائی کا اختیار دے۔

اگر منصوبے کے نیٹ ورک میں خصوصیت رکھنے والے فراہم کنندگان دستیاب نہیں ہیں، تو یہ منصوبے کی ذمہ داری ہے کہ وہ نیٹ ورک سے باہر خصوصیت رکھنے والے فراہم کنندگان کو تلاش کرے جو آپ کو ضروری نگہداشت فراہم کریں گے۔ اس کیس میں، آپ صرف اندرون نیٹ ورک لاگت کے اشتراک کی ادائیگی کریں گے۔ اگر آپ خود کو ایک ایسی صورتحال میں پاتے ہیں جہاں منصوبے کے نیٹ ورک میں کوئی ماہرین موجود نہیں ہیں جو آپ کو درکار سروسز کو کور کریں، تو منصوبے کو اس حوالے سے معلومات کے لیے کال کریں کہ اس سروسز کو اندرون نیٹ ورک لاگت کے اشتراک پر حاصل کرنے کے لیے کہاں جائیں۔

اگر آپ کو ہمارے منصوبے میں موجود اپنے لیے قابل رسائی اور موزوں فارمیٹ میں معلومات حاصل کرنے میں کسی مشکل کا سامنا کرنا پڑ رہا ہے، تو براہ کرم مقامی وقت کے مطابق، پیر-جمعہ، صبح 8 بجے - رات 8 بجے تک، 671-0440 (833) پر کال کر کے ممبر سروسز کو شکایت درج کروائیں۔ TTY صارفین، براہ کرم 711 پر کال کریں۔ آپ Medicare (1-800-633-4227) پر کال کر کے یا دفتر برائے شہری حقوق کو 1-800-368-1019 یا 1-800-537-7697 TTY پر براہ راست کال کر کے Medicare کے ساتھ شکایت درج کروا سکتے ہیں۔

### Sezione 1.2 Dobbiamo garantirle l'accesso tempestivo ai servizi e ai farmaci coperti

Ha il diritto di scegliere un medico di base (PCP) convenzionato del piano che fornisca e organizzi i suoi servizi coperti. Ha anche il diritto di andare da uno specialista della salute delle donne (come un ginecologo) senza un rinvio.

Ha il diritto di ottenere appuntamenti e servizi coperti dai fornitori convenzionati del nostro piano *in un ragionevole lasso di tempo*. Ciò include il diritto di ottenere servizi tempestivi da specialisti quando è necessaria tale assistenza. Ha anche il diritto di ottenere le sue prescrizioni riempite o ricaricate presso una qualsiasi delle farmacie della nostra rete senza lunghi ritardi.

Se pensa di non ricevere l'assistenza medica o i farmaci della Parte D entro un ragionevole lasso di tempo, il Capitolo 9 spiega cosa può fare.

### Sezione 1.3 Dobbiamo proteggere la privacy delle sue informazioni sanitarie personali

Le leggi federali e statali proteggono la privacy delle sue cartelle cliniche e delle sue informazioni sanitarie personali. Proteggiamo le sue informazioni sanitarie personali come richiesto da queste leggi.

- Le sue informazioni sanitarie personali includono le **informazioni personali** che ci ha fornito al momento dell'iscrizione a questo piano, nonché le sue cartelle cliniche e altre informazioni mediche e sanitarie.
- Ha diritti relativi alle sue informazioni e controlla come vengono utilizzate le sue informazioni sanitarie. Le diamo un avviso scritto, chiamato *Informativa sulle pratiche sulla privacy*, che parla di questi diritti e spiega come proteggiamo la privacy delle sue informazioni sanitarie.

#### Come proteggiamo la privacy delle sue informazioni sanitarie?

- Ci assicuriamo che le persone non autorizzate non vedano o modifichino i suoi dati.

## Capitolo 8: I suoi diritti e responsabilità

---

- Ad eccezione delle circostanze indicate di seguito, se intendiamo fornire le sue informazioni sanitarie a chiunque non fornisca le sue cure o paghi per le sue cure, *siamo tenuti a ottenere l'autorizzazione scritta da lei o da qualcuno a cui ha precedentemente dato il potere legale di prendere decisioni in sua vece.*
- Ci sono alcune eccezioni che non ci richiedono di ottenere prima la sua autorizzazione scritta. Queste eccezioni sono consentite o richieste dalla legge.
  - Siamo tenuti a rilasciare informazioni sanitarie alle agenzie governative che controllano la qualità dell'assistenza.
  - Poiché è un membro del nostro piano attraverso Medicare, siamo tenuti a fornire a Medicare le sue informazioni sanitarie, comprese le informazioni sui farmaci su prescrizione della Parte D. Se Medicare rilascia le sue informazioni per la ricerca o per altri usi, ciò sarà fatto secondo le leggi e i regolamenti federali; in genere, ciò richiede che le informazioni che la identificano in modo univoco non siano condivise.

### **È possibile vedere le informazioni nei propri registri e sapere come sono state condivise con gli altri**

Ha il diritto di consultare le sue cartelle cliniche detenute presso il nostro piano e di ottenere una copia delle sue cartelle cliniche. Siamo autorizzati ad addebitarle una commissione per la realizzazione di copie. Ha anche il diritto di chiederci di apportare aggiunte o correzioni alla sua cartella clinica. Se ci chiede di farlo, collaboreremo con il suo fornitore di assistenza sanitaria per decidere se le modifiche devono essere apportate.

Lei ha il diritto di sapere come le sue informazioni sanitarie sono state condivise con gli altri per scopi che non sono di routine.

In caso di domande o dubbi sulla privacy delle sue informazioni sanitarie personali, può contattare il Servizio per i Membri.

### **INFORMATIVA SULLE PRATICHE RELATIVE ALLA PRIVACY**

**LA PRESENTE INFORMATIVA DESCRIVE COME LE INFORMAZIONI MEDICHE CHE LA RIGUARDANO POSSONO ESSERE UTILIZZATE E DIVULGATE E COME PUÒ AVERE ACCESSO A TALI INFORMAZIONI. SI PREGA DI ESAMINARLA ATTENTAMENTE.**

La presente informativa descrive le pratiche in materia di privacy dei piani sanitari affiliati di Molina Healthcare (di seguito denominati “Molina”, “noi” o “nostro”). Utilizziamo e condividiamo le sue informazioni sanitarie protette (“PHI”) per fornirle prestazioni sanitarie in qualità di Membro di Molina. Utilizziamo e condividiamo le sue PHI per effettuare operazioni di trattamento, pagamento e assistenza sanitaria. Utilizziamo e condividiamo le sue PHI anche per altri motivi, come consentito e richiesto dalla legge. Abbiamo il dovere di mantenere private le sue informazioni sanitarie e di attenerci ai termini della presente Informativa. La data di entrata in vigore di questa informativa è il 1 gennaio 2026.

Le **PHI** sono informazioni sanitarie che includono il suo nome, numero di membro o altri elementi identificativi e vengono utilizzate o condivise da noi. Le PHI includono informazioni sanitarie sui disturbi da uso di sostanze e informazioni biometriche (come l'impronta vocale).

### **Perché Molina utilizza o condivide le sue PHI?**

Utilizziamo o condividiamo le sue PHI per fornirle prestazioni sanitarie. Le sue PHI vengono anche utilizzate o condivise per il trattamento, il pagamento e le operazioni di assistenza sanitaria.

## Capitolo 8: I suoi diritti e responsabilità

---

### Per il trattamento

Ci riserviamo di utilizzare o condividere le sue PHI per fornirle o organizzare la sua assistenza medica. Questo trattamento include anche le impegnative tra i suoi medici o altri fornitori di assistenza sanitaria. Ad esempio, potremmo condividere informazioni sulle sue condizioni di salute con uno specialista. Questo consente allo specialista di discutere del suo trattamento con il medico.

### Per il pagamento

Utilizziamo o condividiamo le PHI per prendere decisioni sul pagamento. Questo può includere richieste di risarcimento, approvazioni di trattamenti e decisioni relative alla necessità di assistenza medica. Il suo nome, la sua condizione, il suo trattamento e le forniture fornite possono essere scritti sulla fattura. Ad esempio, è possibile che venga comunicato a un medico che lei usufruisce delle nostre prestazioni. Inoltre, potremmo comunicare al medico l'importo del conto che pagheremo.

### Per le operazioni di assistenza sanitaria

Possiamo utilizzare o condividere le sue PHI per gestire il nostro piano sanitario. Ad esempio, potremmo utilizzare le informazioni contenute nella sua richiesta per informarla di un programma sanitario che potrebbe aiutarla. Possiamo anche utilizzare o condividere le sue PHI per risolvere i suoi problemi. Le sue PHI possono essere utilizzate anche per verificare che i rimborsi siano pagati correttamente.

### **Le operazioni di assistenza sanitaria comportano molte esigenze aziendali quotidiane. Esse includono, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quanto segue:**

- Migliorare la qualità;
- Azioni nei programmi sanitari per aiutare i membri con determinate condizioni (come l'asma);
- Condurre o organizzare un esame medico;
- Servizi legali, inclusi programmi di rilevamento e perseguimento di frodi e abusi;
- Azioni per aiutarci a rispettare le leggi;
- Rispondere alle esigenze dei membri, compresa la risoluzione di reclami e rimostranze.

Condivideremo le sue PHI con altre società (“**soci in affari**”) che svolgono diversi tipi di attività per il nostro piano sanitario. Possiamo anche utilizzare le sue PHI per fornirle promemoria sui suoi appuntamenti. Possiamo utilizzare le sue PHI per fornirle informazioni su altri trattamenti o altre prestazioni e servizi relativi alla salute.

### **Quando possiamo utilizzare o condividere le sue PHI senza ottenere un'autorizzazione scritta (approvazione) da parte sua?**

**Oltre alle operazioni di trattamento, pagamento e assistenza sanitaria, la legge consente o richiede a Molina di utilizzare e condividere le sue PHI per diversi altri scopi, tra cui i seguenti:**

#### **Richiesto dalla legge**

Utilizzeremo o condivideremo le informazioni su di lei come richiesto dalla legge. Condivideremo le sue PHI quando richiesto dal Segretario del Department of Health and Human Services (HHS). Ciò potrebbe avvenire per una causa in tribunale, per un'altra verifica legale o quando è richiesto per scopi di applicazione della legge.

## **Capitolo 8: I suoi diritti e responsabilità**

---

### **Salute pubblica**

Le sue PHI possono essere utilizzate o condivise per attività di salute pubblica. Ciò può includere l'assistenza alle agenzie per la salute pubblica per prevenire o controllare le malattie.

### **Supervisione dell'assistenza sanitaria**

Le sue PHI possono essere utilizzate o condivise con agenzie governative. Potrebbero aver bisogno delle sue PHI per gli audit.

### **Ricerca**

Le sue PHI possono essere utilizzate o condivise per la ricerca in alcuni casi, ad esempio quando approvate da un comitato di revisione sulla privacy o istituzionale.

### **Procedimenti legali o amministrativi**

Le PHI possono essere utilizzate o condivise per procedimenti legali, ad esempio in risposta a un ordine del tribunale.

### **Forze dell'ordine**

Le sue PHI possono essere utilizzate o condivise con le forze dell'ordine a fini di applicazione della legge, come ad esempio per aiutare a trovare un sospetto, un testimone o una persona scomparsa.

### **Salute e sicurezza**

Le sue PHI potrebbero essere condivise al fine di prevenire una minaccia grave e imminente alla salute o alla sicurezza di una persona o della collettività.

### **Funzioni governative**

Le sue PHI possono essere condivise con le autorità governative per funzioni speciali. Un esempio potrebbe essere quello di proteggere il Presidente.

### **Vittime di abuso, negligenza o violenza domestica**

Le PHI possono essere condivise con le autorità legali se riteniamo che una persona sia vittima di abuso o negligenza.

### **Retribuzione dei lavoratori**

Le PHI possono essere utilizzate o condivise per obbedire alle leggi sulla retribuzione dei lavoratori.

### **Altre divulgazioni**

Le sue PHI possono essere condivise con gli impresari funebri o i medici legali per aiutarli a svolgere il loro lavoro.

### **Ulteriori restrizioni all'uso e alla divulgazione.**

Alcune leggi federali e statali possono richiedere speciali protezioni della privacy che limitano l'uso e la divulgazione di alcuni tipi di informazioni sanitarie. Tali leggi possono proteggere i seguenti tipi di informazioni: disturbi da uso di alcol e sostanze, informazioni biometriche, abuso o abbandono di minori o adulti, compresa la violenza sessuale, malattie trasmissibili, informazioni genetiche, HIV/AIDS, salute mentale, informazioni sui minori, prescrizioni mediche, salute riproduttiva e malattie a trasmissione sessuale. Seguiremo la legge più severa, laddove è a noi applicabile.

## **Capitolo 8: I suoi diritti e responsabilità**

---

Informazioni sui disturbi da uso di sostanze (SUD). Sebbene non siamo un programma di trattamento dei disturbi da uso di sostanze ai sensi della legge federale (un "Programma SUD"), potremmo ricevere informazioni su di lei da un Programma SUD. Non possiamo divulgare le informazioni SUD per utilizzarle in un procedimento civile, penale, amministrativo o legislativo nei suoi confronti, a meno che non abbiamo (i) il suo consenso scritto, o (ii) un'ordinanza del tribunale accompagnata da una citazione in giudizio o un altro requisito legale che imponga la divulgazione, emessa dopo che noi e lei ne siamo stati informati e abbiamo avuto l'opportunità di essere ascoltati.

### **Quando abbiamo bisogno della sua autorizzazione scritta (approvazione) per utilizzare o condividere le sue PHI?**

Abbiamo bisogno della sua autorizzazione scritta per utilizzare o condividere le sue PHI per scopi diversi da quelli elencati nella presente Informativa. Abbiamo bisogno della sua autorizzazione prima di divulgare le sue PHI per quanto segue: (1) la maggior parte degli utilizzi e delle divulgazioni delle note di psicoterapia; (2) gli utilizzi e le divulgazioni a scopo di marketing; e (3) gli utilizzi e le divulgazioni che comportano la vendita di PHI. È possibile annullare un'approvazione scritta che ci ha dato. La sua cancellazione non si applicherà alle azioni già intraprese da noi a causa dell'approvazione che ci ha già dato.

### **Quali sono i suoi diritti in materia di informazioni sanitarie?**

Ha il diritto di:

#### **Richiedere restrizioni sugli usi o sulle divulgazioni delle PHI (condivisione delle sue PHI)**

Può chiedere di non condividere le sue PHI per effettuare trattamenti, pagamenti o operazioni di assistenza sanitaria. Può inoltre chiederci di non condividere le sue PHI con familiari, amici o altre persone da lei nominate coinvolte nella sua assistenza sanitaria. Tuttavia, non siamo tenuti ad accettare la sua richiesta. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il nostro modulo per effettuare la richiesta.

#### **Richiedere comunicazioni riservate di PHI**

Può chiedere a Molina di comunicarle le sue PHI in un certo modo o in un certo luogo per essere certi di mantenere private le sue PHI. Seguiremo le richieste ragionevoli, se ci dirà in che modo la condivisione di tutte o parte di tali PHI potrebbe mettere a rischio la sua vita. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il nostro modulo per effettuare la richiesta.

#### **Esaminare e copiare le PHI**

Ha il diritto di rivedere e ottenere una copia delle sue PHI in nostro possesso. Ciò può includere i registri utilizzati per la copertura, le richieste di risarcimento e altre decisioni riguardo te in qualità di membro. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il nostro modulo per effettuare la richiesta. Potremmo addebitarle una commissione ragionevole per la copia e la spedizione dei registri. In alcuni casi, potremmo negare la richiesta. Nota importante: Non abbiamo copie complete della sua cartella clinica. Se desidera consultare, ottenere una copia o modificare le sue cartelle cliniche, la preghiamo di contattare il suo medico o la sua clinica.

#### **Modificare le PHI**

Può chiederci di modificare (cambiare) le sue PHI. Ciò riguarda solo i registri da noi conservati su di lei come Membro. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il nostro modulo per effettuare la richiesta. Può presentare una lettera di disaccordo in caso di rifiuto della richiesta.

## Capitolo 8: I suoi diritti e responsabilità

---

### Ricevere un elenco delle divulgazioni delle PHI (condivisione delle PHI)

Può chiedere di ricevere un elenco di alcune parti con cui abbiamo condiviso le sue PHI nei sei anni precedenti la data della richiesta. L'elenco non includerà le PHI condivise come segue:

- per il trattamento, il pagamento o le operazioni di assistenza sanitaria;
- alle persone in merito alle loro stesse PHI;
- condivisione effettuata con la sua autorizzazione;
- in relazione a un uso o a una divulgazione altrimenti consentiti o richiesti dalla legge applicabile;
- PHI rilasciate nell'interesse della sicurezza nazionale o per scopi di intelligence; oppure
- come parte di un insieme limitato di dati in conformità alla legge applicabile.

Addebiteremo una tariffa ragionevole per ogni elenco se lo richiede più di una volta in un periodo di 12 mesi. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il nostro modulo per effettuare la richiesta.

Può effettuare una qualsiasi delle richieste sopra elencate, oppure può ottenere una copia cartacea di questo avviso. Chiami il Servizio per i Membri al numero gratuito indicato sul retro della tessera identificativa, 7 giorni su 7, dalle 8 a.m. alle 8 p.m., ora locale. Gli utenti TTY/TDD sono pregati di chiamare il 711.

### Cosa può fare se i suoi diritti non sono stati tutelati?

Se ritiene che i suoi diritti in materia di privacy siano stati violati, può presentarci un reclamo a Molina e al Department of Health and Human Services. Non faremo nulla contro di lei per aver presentato un reclamo. Le sue cure e le sue prestazioni non cambieranno in alcun modo.

Può presentare un reclamo all'indirizzo:

Chiami il Servizio per i Membri al numero gratuito indicato sul retro della tessera identificativa, 7 giorni su 7, dalle 8 a.m. alle 8 p.m., ora locale. Gli utenti TTY/TDD sono pregati di chiamare il 711. Oppure può scriverci a:

Molina Healthcare  
Attn: Appeals and Grievances  
P.O. Box 22816  
Long Beach, CA 90801-9977

Può presentare un reclamo al Secretary of U.S. Department of Health and Human Services all'indirizzo:

U.S. Department of Health & Human Services  
Office for Civil Rights  
200 Independence Ave., S.W.  
Suite 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (FAX)

### Quali sono i nostri compiti?

Siamo tenuti a:

- Mantenere private le sue PHI;
- Fornirle informazioni scritte come questa sui nostri doveri e sulle pratiche sulla privacy relative alle sue PHI;
- Fornirle un avviso in caso di violazione delle sue PHI non protette;
- Non utilizzare o divulgare le sue informazioni genetiche a fini di sottoscrizione;
- Attenersi ai termini di questo avviso.

## Capitolo 8: I suoi diritti e responsabilità

---

### Questo avviso è soggetto a modifiche

Ci riserviamo il diritto di modificare le pratiche informative e i termini della presente Informativa in qualsiasi momento. Qualora lo facessimo, i nuovi termini e pratiche si applicheranno a tutte le PHI che conserviamo. Se apportiamo modifiche sostanziali, pubblicheremo l'Informativa rivista sul nostro sito Web e invieremo l'Informativa rivista, o le informazioni sulla modifica sostanziale e su come ottenere l'Informativa rivista, nella nostra prossima mailing annuale ai nostri membri da noi coperti. L'Informativa è disponibile sul nostro sito web all'indirizzo [www.molinahealthcare.com](http://www.molinahealthcare.com).

### Informazioni su come contattarci

#### In caso di domande su questa Informativa, la invitiamo a contattarci.

Chiami il Servizio per i Membri al numero gratuito indicato sul retro della tessera identificativa, 7 giorni su 7, dalle 8 a.m. alle 8 p.m., ora locale. Gli utenti TTY/TDD sono pregati di chiamare il 711. Oppure scriva al Molina Member Services, 200 OceanGate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

È possibile ottenere questo documento gratuitamente in altri formati, come a caratteri grandi, braille o audio. Chiami il numero (855) 882-3901, per gli utenti TTY/TDD: 711, 7 giorni su 7, dalle 8 a.m. alle 8 p.m., ora locale. La chiamata è gratuita.

### Sezione 1.4 Dobbiamo fornirle informazioni sul piano, sulla sua rete di fornitori e sui suoi servizi coperti

In qualità di membro di Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), ha il diritto di ottenere diversi tipi di informazioni da noi.

Se desidera ottenere uno dei seguenti tipi di informazioni, chiami il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711):

- **Informazioni sul nostro piano.** Ciò include, ad esempio, informazioni sulla condizione finanziaria del nostro piano.
- **Informazioni sui nostri fornitori convenzionati e sulle farmacie.** Ha il diritto di ottenere informazioni sulle qualifiche dei fornitori e delle farmacie nella nostra rete e su come paghiamo i fornitori nella nostra rete.
- **Informazioni sulla copertura e sulle regole da seguire quando si utilizza la copertura.** I Capitoli 3 e 4 forniscono informazioni sui servizi medici. I Capitoli 5 e 6 forniscono informazioni sulla copertura dei farmaci della Parte D.
- **Informazioni sul motivo per cui qualcosa non è coperto e su cosa può fare al riguardo.** Il Capitolo 9 fornisce informazioni sulla richiesta di una spiegazione scritta sul motivo per cui un servizio medico o un farmaco della Parte D non sono coperti o se la copertura è limitata. Il capitolo 9 fornisce anche informazioni su come chiederci di modificare una decisione, chiamato anche ricorso.

### Sezione 1.5 Ha il diritto di conoscere le sue opzioni di trattamento e di partecipare alle decisioni sulla sua salute

Ha il diritto di ottenere informazioni complete dai suoi medici e da altri operatori sanitari. I suoi fornitori devono spiegare la sua condizione medica e le sue scelte di trattamento *in un modo che possa comprendere*.

## Capitolo 8: I suoi diritti e responsabilità

Ha anche il diritto di partecipare pienamente alle decisioni sulla sua assistenza sanitaria. Per aiutarla a prendere decisioni con i suoi medici su quale trattamento è meglio per lei, i suoi diritti includono quanto segue:

- **Per conoscere tutte le sue scelte.** Lei ha il diritto di essere informato su tutte le opzioni di trattamento raccomandate per la sua condizione, indipendentemente dal loro costo o dal fatto che siano coperte dal nostro piano. Include anche essere informati sui programmi che il nostro piano offre per aiutare i membri a gestire i loro farmaci e a usarli in modo sicuro.
- **Conoscere i rischi.** Ha il diritto di essere informato su eventuali rischi coinvolti nella sua cura. È necessario essere informati in anticipo se qualsiasi cura o trattamento medico proposto fa parte di un esperimento di ricerca. Ha sempre la possibilità di rifiutare qualsiasi trattamento sperimentale.
- **Il diritto di dire “no”.** Lei ha il diritto di rifiutare qualsiasi trattamento raccomandato. Ciò include il diritto di lasciare un ospedale o un'altra struttura medica, anche se il medico le consiglia di non andarsene. Ha anche il diritto di interrompere l'assunzione del farmaco. Se rifiuta il trattamento o interrompe l'assunzione di farmaci, si assume la piena responsabilità di ciò che accade al suo corpo come risultato.

### Ha il diritto di dare istruzioni su cosa fare se non è in grado di prendere decisioni mediche per se stesso

A volte le persone diventano incapaci di prendere decisioni sanitarie da sole a causa di incidenti o malattie gravi. Ha il diritto di dire cosa vuole che accada se si trova in questa situazione. Ciò significa che, se lo desidera, può:

- Compilare un modulo scritto per dare a **qualcuno l'autorità legale per prendere decisioni mediche per lei** se mai non sarà in grado di prendere decisioni per se stesso.
- **Fornire ai suoi medici istruzioni scritte** su come desidera che gestiscano la sua assistenza medica se non è in grado di prendere decisioni da solo.

I documenti legali che è possibile utilizzare per dare indicazioni in anticipo in queste situazioni sono chiamati **direttive anticipate**. I documenti denominati **testamento biologico** e **procura per l'assistenza sanitaria** sono esempi di direttive anticipate.

### Come impostare un testamento biologico per dare istruzioni:

- **Ottenga un modulo.** È possibile ottenere un modulo di direttiva anticipata dal proprio avvocato, da un assistente sociale o da alcuni negozi di forniture per ufficio. A volte è possibile ottenere moduli di direttiva anticipata da organizzazioni che forniscono alle persone informazioni su Medicare. Per richiedere i moduli può anche chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711).
- **Compili il modulo e lo firmi.** Indipendentemente da dove ottiene questo modulo, tenga presente che si tratta di un documento legale. Dovrebbe prendere in considerazione l'idea di farsi aiutare da un avvocato per la sua preparazione.
- **Consegna le copie del modulo alle persone giuste.** Consegna una copia del modulo al medico e alla persona indicata nel modulo che può prendere decisioni al posto suo se non è in grado di farlo. Potrebbe voler dare delle copie ad amici intimi o familiari. Conservarne una copia a casa.

Se sa in anticipo che sarà ricoverato in ospedale e ha firmato una direttiva anticipata, ne **porti una copia con sé in ospedale**.

- L'ospedale le chiederà se ha firmato un modulo di direttiva anticipata e se lo ha con sé.
- Se non ha firmato un modulo di direttiva anticipata, l'ospedale ha a disposizione dei moduli e le chiederà se desidera firmarne uno.

## Capitolo 8: I suoi diritti e responsabilità

---

**La compilazione di un testamento biologico è una sua scelta** (anche se lo vuole firmare se si trova in ospedale). Secondo la legge, nessuno può negarle assistenza o discriminarla in base al fatto che lei abbia firmato o meno una direttiva anticipata.

### Se le istruzioni non vengono seguite

Se ha firmato una direttiva anticipata e ritiene che un medico o un ospedale non abbiano seguito le istruzioni in essa contenute, può presentare un reclamo alla linea dedicata ai reclami del Dipartimento della Salute dello Stato di New York al numero 1-866-334-9866 (gli utenti TTY possono chiamare il 711).

### Sezione 1.6 Ha il diritto di presentare reclami e di chiederci di riconsiderare la decisione presa

Se ha problemi, preoccupazioni o reclami e ha bisogno di richiedere la copertura o presentare un ricorso, il Capitolo 9 di questo documento spiega cosa può fare. Qualunque cosa lei faccia – chiedere una decisione sulla copertura, presentare un ricorso o presentare un reclamo – **siamo tenuti a trattarla in modo equo.**

### Sezione 1.7 Cosa può fare se ritiene di essere trattato in modo ingiusto o se i suoi diritti non vengono rispettati

Se ritiene di essere stato trattato ingiustamente o che i suoi diritti non siano stati rispettati per motivi di razza, disabilità, religione, sesso, salute, etnia, credo (convinzioni), età o paese d'origine, può chiamare l'**Office for Civil Rights** (Ufficio per i diritti civili) del Department of Health and Human Services al numero 1-800-368-1019 (gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-800-537-7697) o l'Ufficio per i diritti civili locale.

Se ritiene di essere stato trattato ingiustamente o che i suoi diritti non siano stati rispettati, e *non* si tratta di discriminazione, può ottenere aiuto per affrontare il problema che sta riscontrando da queste organizzazioni:

- **Chiami il Servizio per i Membri del nostro piano al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711)**
- **Chiami lo SHIP locale** allo SHIP. Le informazioni di contatto sono disponibili nel Capitolo 2, Sezione 3.
- **Chiami Medicare** al numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048)

### Sezione 1.8 Come ottenere maggiori informazioni sui suoi diritti

Per maggiori informazioni sui suoi diritti, consulti queste organizzazioni:

- **Chiami il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711)**
- **Chiami lo SHIP locale** al numero (800) 701-0501
- **Per contattare Medicare**
  - Visiti [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) per leggere la pubblicazione *Medicare Rights & Protections* (disponibile all'indirizzo: Medicare Rights & Protections)
  - Chiami il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (gli utenti TTY possono chiamare 1-877-486-2048)

**Capitolo 8: I suoi diritti e responsabilità**

---

**SEZIONE 2 Le sue responsabilità come membro del nostro piano**

---

Le cose che deve fare come membro del nostro piano sono elencate di seguito. In caso di domande, può chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711).

- **Acquisisca familiarità con i servizi coperti e le regole da seguire per ottenerli.** Utilizzi questa Prova di copertura per apprendere cosa è coperto e le regole che è necessario seguire per ottenere i servizi coperti.
  - I Capitoli 3 e 4 forniscono i dettagli sui servizi medici.
  - Il Capitolo 5 e 6 forniscono maggiori dettagli sulla copertura dei farmaci della Parte D.
- **Se ha un'altra copertura sanitaria o copertura di farmaci oltre al nostro piano, dovrà comunicarlo.** Il Capitolo 1 le spiega come coordinare questi prestazioni.
- **Comunichi al suo medico e ad altri operatori sanitari che è iscritto al nostro piano.** Mostri la sua tessera di iscrizione al piano ogni volta che riceve assistenza medica o farmaci della Parte D.
- **Sia disponibile verso i suoi medici e altri operatori sanitari ad aiutarla fornendo loro informazioni, ponendo domande e seguendo le sue cure.**
  - Per ottenere le migliori cure, informi i medici e gli altri operatori sanitari dei suoi problemi di salute. Segua i piani di trattamento e le istruzioni che lei e i suoi medici concordate.
  - Si assicuri che i suoi medici conoscano tutti i farmaci che sta assumendo, compresi i farmaci da banco, le vitamine e gli integratori.
  - In caso di domande, si assicuri di chiedere e ottenere una risposta comprensibile.
- **Sia premuroso.** Ci aspettiamo che tutti i nostri membri rispettino i diritti degli altri pazienti. Ci aspettiamo anche che lei agisca in un modo che aiuti il buon funzionamento dello studio medico, degli ospedali e di altri uffici.
- **Paghi l'importo dovuto.** In qualità di membro del piano, è responsabile di questi pagamenti:
  - Deve continuare a pagare i suoi premi Medicare per rimanere membro del piano.
  - Se le viene richiesto di pagare l'importo extra per la Parte D a causa del suo reddito più elevato (come riportato nella sua ultima dichiarazione dei redditi), deve continuare a pagare l'importo extra direttamente al governo per rimanere membro del piano.
- **Se si sposta all'interno dell'area di servizio del nostro piano, abbiamo bisogno di saperlo** in modo da poter mantenere aggiornato il registro della sua iscrizione e sapere come contattarla.
- **Se si trasferisce al di fuori dell'area di servizio del nostro piano, non può rimanere un membro del nostro piano.**
- **Se si trasferisce, deve informare il Social Security (o il Railroad Retirement Board).**

## CAPITOLO 9:

# Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)

### SEZIONE 1 Cosa fare in caso di problemi o preoccupazioni

---

Questo capitolo spiega i processi per la gestione di problemi e preoccupazioni. Il processo utilizzato per gestire il problema dipende dal tipo di problema riscontrato:

- Per alcuni problemi, deve utilizzare il **processo per le decisioni riguardanti la copertura e i ricorsi**.
- Per altri problemi, deve utilizzare il **processo per presentare reclami** (chiamati anche contestazioni).

#### Sezione 1.1 Termini legali

Ci sono termini legali per alcune delle regole, delle procedure e dei tipi di scadenze spiegati in questo capitolo. Molti di questi termini non sono familiari alla maggior parte delle persone. Per semplificare le cose, questo capitolo utilizza parole più familiari al posto di alcuni termini legali.

Tuttavia, a volte è importante conoscere i termini legali corretti. Per aiutarla a sapere quali termini utilizzare per ottenere il giusto tipo di aiuto, **includiamo** termini legali quando forniamo i dettagli per la gestione di situazioni specifiche.

### SEZIONE 2 Dove ottenere maggiori informazioni e assistenza personalizzata

---

Siamo sempre a sua disposizione. Anche se ha un reclamo sul nostro trattamento nei suoi confronti, siamo tenti a onorare il suo diritto di reclamo. Per ulteriori informazioni deve sempre chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711). In alcune situazioni potrebbe anche volere un aiuto o una guida da qualcuno che non è in contatto con noi. Due organizzazioni che possono aiutarla sono:

#### Programma di assistenza assicurativa sanitaria statale (SHIP)

Ogni stato ha un programma governativo con consulenti qualificati. Il programma non è collegato a noi o ad alcuna compagnia assicurativa o piano sanitario. I consulenti di questo programma possono aiutarla a capire quale processo dovrebbe utilizzare per gestire un problema che sta riscontrando. Possono anche rispondere alle sue domande, darle maggiori informazioni e offrire indicazioni su cosa fare.

I servizi dei consulenti SHIP sono gratuiti. Le informazioni di contatto dello SHIP sono disponibili nel Capitolo 2, Sezione 3.

## Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)

---

### Medicare

Può inoltre contattare Medicare per ricevere assistenza:

- Può chiamare il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.
- Visitare [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)

### È possibile ottenere assistenza e informazioni da Medicaid

- Può chiamare l'assistenza di Medicaid al numero 1-800-541-2831 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) dal lunedì al venerdì dalle 8 a.m. alle 8 p.m., sabato dalle 9 a.m. all'1 p.m.
- Può scrivere al suo Local Department of Social Services (LDSS). L'indirizzo del suo LDSS è disponibile su: [www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/ldss](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss)
- Può anche visitare il sito web Medicaid dello Stato di New York: [www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid)

## SEZIONE 3 Comprendere i reclami e i ricorsi Medicare e Medicaid

---

Ha Medicare e riceve assistenza da Medicaid. Le informazioni contenute in questo capitolo si applicano a **tutte** le sue prestazioni Medicare e Medicaid. Viene definito processo integrato perché combina o integra i processi Medicare e Medicaid.

A volte i processi Medicare e Medicaid non sono combinati. In tali situazioni, si utilizza un processo Medicare per una prestazione coperta da Medicare e un processo Medicaid per una prestazione coperta da Medicaid. Queste situazioni sono spiegate nella **Sezione 6.4**.

## SEZIONE 4 Quale processo utilizzare per il suo problema

---

In caso di problemi o dubbi, è sufficiente leggere le parti di questo capitolo che si applicano alla sua situazione. Le informazioni riportate di seguito la aiuteranno a trovare la sezione giusta di questo capitolo per problemi o reclami sulle **prestazioni coperte da Medicare o Medicaid**.

### Il problema o il dubbio riguarda le prestazioni o la copertura?

Ciò include problemi sul fatto che l'assistenza medica (articoli medici, servizi e/o farmaci di cui alla Parte B) sia coperta o meno, il modo in cui è coperta e problemi relativi al pagamento dell'assistenza medica.

**Sì.**

Vada alla **Sezione 5, Guida alle decisioni riguardanti la copertura e ai ricorsi**.

**No.**

Consulti la **Sezione 11 Come presentare un reclamo sulla qualità dell'assistenza, sui tempi di attesa, sul servizio clienti o su altre preoccupazioni**.

**Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)**

---

**SEZIONE 5 Guida alle decisioni riguardanti la copertura e ai ricorsi**

---

Le decisioni riguardanti la copertura e i ricorsi riguardano problemi relativi alle prestazioni e alla copertura dell'assistenza medica (servizi, articoli e farmaci di cui alla Parte B, incluso il pagamento). Per semplificare, generalmente ci riferiamo ad articoli medici, servizi e farmaci Medicare Part B come **assistenza medica**. La procedura decisionale e di ricorso si applica a questioni quali la copertura o meno di un evento e le modalità di copertura.

**Chiedere informazioni sulla copertura assicurativa prima di usufruire dei servizi**

Se vuole sapere se copriremo un'assistenza medica prima di riceverla, può chiederci di prendere una decisione sulla copertura a suo riguardo. Una decisione sulla copertura è una decisione che prendiamo in merito alle sue prestazioni e alla sua copertura o all'importo che pagheremo per le sue assistenza medica. Ad esempio, se il medico convenzionato del piano la rimanda a un medico specialista non convenzionato, questa impegnativa è considerata una decisione di copertura favorevole a meno che il medico convenzionato non possa dimostrare di aver ricevuto una notifica di rifiuto standard per questo medico specialista o la Prova di copertura chiarisca che il servizio di riferimento non è mai coperto in nessuna condizione. Lei o il suo medico potete anche contattarci e chiedere una decisione sulla copertura se il suo medico non è sicuro se copriremo un particolare servizio medico o si rifiutasse di fornire il servizio medico di cui ritiene di aver bisogno.

In circostanze limitate, una richiesta di una decisione sulla copertura verrà respinta, il che significa che non esamineremo la richiesta. Esempi di quando una richiesta **verrà** respinta includono se la richiesta è incompleta, se qualcuno effettua la richiesta per suo conto, ma non è legalmente autorizzato a farlo o se chiede che la sua richiesta venga ritirata. Se respingessimo una richiesta di una decisione di copertura, invieremo un avviso che spiega perché la richiesta è stata respinta e come chiedere una revisione del rifiuto.

Prendiamo una decisione sulla copertura ogni volta che decidiamo cosa è incluso nella sua copertura e l'importo che pagheremo. In alcuni casi, potremmo decidere che l'assistenza medica non è coperta o non è più coperta per lei. Se non è d'accordo con questa decisione sulla copertura, può presentare ricorso.

**Fare ricorso**

Se prendiamo una decisione sulla copertura, prima o dopo aver ricevuto una prestazione, e non è soddisfatto, può **appellarsi** contro la decisione. Un ricorso è un modo formale per chiederci di esaminare e modificare una decisione sulla copertura che abbiamo preso. In determinate circostanze, può chiedere un ricorso spedito o **ricorso veloce** riguardo una decisione di copertura. Il suo ricorso è gestito da revisori diversi da quelli che hanno preso la decisione originale.

Quando impugna una decisione per la prima volta, questo si chiama ricorso di livello 1. In questo ricorso, esaminiamo la decisione sulla copertura che abbiamo preso per verificare se stavamo rispettando correttamente le regole. Dopo aver completato la revisione, le comunicheremo la nostra decisione.

In circostanze limitate, una richiesta di ricorso di livello 1 verrà respinta, il che significa che non la esamineremo. Esempi di quando una richiesta verrà respinta includono se la richiesta è incompleta, se qualcuno effettua la richiesta per suo conto, ma non è legalmente autorizzato a farlo o se chiede che la sua richiesta venga ritirata. Se respingiamo una richiesta di ricorso di livello 1, invieremo un avviso che spiega perché la richiesta è stata respinta e come chiedere una revisione del licenziamento.

## Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)

Se rispondiamo negativamente a tutto o parte del suo ricorso di Livello 1 per assistenza medica, il suo ricorso passerà automaticamente al Livello 2. L'appello di Livello 2 è condotto da un'organizzazione di revisione indipendente che non è collegata a noi.

- Per avviare un appello di Livello 2 non è necessario fare nulla. Le regole di Medicare prevedono che il ricorso per l'assistenza medica venga automaticamente inviato al Livello 2 se non è pienamente condiviso il ricorso al Livello 1.
- Consulti la **Sezione 6.4** di questo capitolo per maggiori informazioni sui ricorsi di Livello 2 per l'assistenza medica.
- I ricorsi della Parte D sono discussi ulteriormente nella Sezione 7 di questo capitolo.

Se non è soddisfatto della decisione del ricorso di Livello 2, potrebbe essere in grado di continuare attraverso ulteriori livelli di ricorso (questo capitolo illustra le procedure di ricorso di Livello 3, 4 e 5).

### Sezione 5.1 Come ottenere aiuto quando richiede una decisione sulla copertura o sulla presentazione di un ricorso

Ecco le risorse se decide di chiedere qualsiasi tipo di decisione di copertura o di impugnare una decisione:

- **Chiami il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711)**
- **Può ottenere assistenza gratuita** dal suo programma State Health Insurance Assistance Program
- **Il medico o un altro fornitore di assistenza sanitaria può fare una richiesta per lei.** Se il suo medico la aiuta con un ricorso oltre il Livello 2, dovrà essere nominato come suo rappresentante. Può chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) per chiedere il modulo per la *nomina di un rappresentante*. (Il modulo è disponibile anche all'indirizzo [www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)).
- Per l'assistenza medica, il medico o un altro fornitore di assistenza sanitaria può richiedere una decisione sulla copertura o un ricorso di Livello 1 per suo conto. Se il ricorso viene respinto al Livello 1, verrà automaticamente inoltrato al Livello 2.
- Se il medico o un altro fornitore di assistenza sanitaria le chiede di continuare un servizio o un articolo che sta già ricevendo durante il suo ricorso, **potrebbe** essere necessario nominare il medico o un altro medico prescrittore come suo rappresentante per agire per suo conto.
- Per i farmaci della Parte D, il medico o altro prescrittore può richiedere una decisione sulla copertura o un ricorso di Livello 1 per suo conto. Se il suo ricorso di Livello 1 riceve risposta negativa, il medico o il prescrittore può richiedere un ricorso di Livello 2.
- **Può chiedere a qualcuno di agire per suo conto.** Può nominare un'altra persona che agisca al suo posto come rappresentante per richiedere una decisione sulla copertura o presentare ricorso.

Se desidera che un amico, un parente o un'altra persona sia il suo rappresentante, chiami il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare 711) e chiedi il modulo per la *nomina di un rappresentante*. (Il modulo è disponibile anche all'indirizzo [www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)). Questo modulo dà a quella persona il permesso di agire per suo conto. Deve essere firmato da lei e dalla persona che lei vuole che agisca per suo conto. È necessario fornirci una copia del modulo firmato.

## Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)

---

Possiamo accettare una richiesta di ricorso senza il modulo da un rappresentante, ma non possiamo iniziare o completare la nostra verifica finché non lo riceviamo. Se non riceveremo il modulo entro il nostro termine per prendere una decisione sul suo ricorso, la sua richiesta di ricorso verrà respinta. In tal caso, le invieremo un avviso scritto che spiega il suo diritto di chiedere a un ente di revisione indipendente di esaminare la nostra decisione di respingere il suo ricorso.

- **Ha anche il diritto di assumere un avvocato.** Può contattare il proprio avvocato o ottenere il nome di un avvocato dall'ordine degli avvocati locale o da altri servizi di riferimento. Ci sono anche gruppi che le forniranno servizi legali gratuiti se possiede i requisiti. Tuttavia, **non è necessario ingaggiare un avvocato** per chiedere qualsiasi tipo di decisione di copertura o per impugnare una decisione.

### Sezione 5.2 Regole e scadenze per situazioni diverse

Ci sono 4 diverse situazioni che coinvolgono decisioni riguardanti la copertura e ricorsi. Ogni situazione ha regole e scadenze diverse. Le forniremo i dettagli per ciascuna di queste sezioni:

- **Sezione 6:** “Assistenza medica: come chiedere una decisione sulla copertura o presentare un ricorso”
- **Sezione 7:** “Farmaci della Parte D: come chiedere una decisione sulla copertura o presentare un ricorso”
- **Sezione 8:** “Come chiederci di coprire un ricovero ospedaliero più lungo se ritiene di essere dimesso troppo presto”
- **Sezione 9:** “Come chiederci di continuare a coprire determinati servizi medici se ritiene che la sua copertura stia finendo troppo presto” (si applica solo ai servizi di: assistenza sanitaria a domicilio, assistenza in una struttura di assistenza infermieristica qualificata e servizi completi di riabilitazione ambulatoriale [CORF])

Se non è sicuro di quali informazioni siano applicabili al suo caso, chiami il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711). Può anche ottenere aiuto o informazioni dal suo SHIP.

## SEZIONE 6 Assistenza medica: Come chiedere una decisione sulla copertura o presentare un ricorso

---

### Sezione 6.1 Cosa fare se ha problemi a ottenere una copertura per l'assistenza medica o se vuole che rimborsiamo la sua assistenza

Le prestazioni per le cure mediche sono descritte nel Capitolo 4 della tabella delle prestazioni mediche. In alcuni casi, si applicano regole diverse alla richiesta di un farmaco della Parte B. In questi casi, spiegheremo in che modo le regole per i farmaci della Parte B sono diverse dalle regole per gli articoli e i servizi medici.

Questa sezione spiega cosa può fare se si trova in una delle seguenti 5 situazioni:

1. Non sta ricevendo una determinata assistenza medica che desidera e ritiene che invece il nostro piano copra quest'assistenza. **Chiedere una decisione sulla copertura. Sezione 6.2.**
2. Il nostro piano non approva l'assistenza medica che il medico o un altro fornitore di assistenza sanitaria vuole fornirle, mentre lei ritiene che il nostro piano copra quest'assistenza. **Chiedere una decisione sulla copertura. Sezione 6.2.**

## Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)

3. Ha ricevuto assistenza medica che ritiene debba essere coperta dal nostro piano, ma le abbiamo detto che non pagheremo quest'assistenza. **Fare un ricorso. Sezione 6.3.**
4. Ha ricevuto e pagato l'assistenza medica che ritiene debba essere coperta dal nostro piano e desidera chiedere al nostro piano il rimborsarle di tale assistenza. **Ci invii la fattura. Sezione 6.5.**
5. Le viene comunicato che la copertura per una certa assistenza medica che riceve (precedentemente approvata) sarà ridotta o interrotta, mentre lei ritiene che ridurre o interrompere quest'assistenza potrebbe danneggiare la sua salute. **Fare un ricorso. Sezione 6.3.**

**Nota: se la copertura che verrà interrotta riguarda l'assistenza ospedaliera, l'assistenza sanitaria a domicilio, l'assistenza in una struttura di cura qualificata o i servizi di assistenza di riabilitazione ambulatoriale completa (CORF),** consulti la Sezione 8 e 9. A questi tipi di assistenza si applicano regole speciali.

### SEZIONE 6.2 Come richiedere una decisione riguardo la copertura

#### Termini legali:

Una decisione di copertura che coinvolge l'assistenza sanitaria del paziente, è chiamata **“determinazione dell'organizzazione”**.

Una **decisione di copertura veloce** è chiamata **“determinazione accelerata”**.

**Passaggio 1: Stabilisca se è necessaria una decisione di copertura standard o una decisione di copertura veloce.**

**Una decisione riguardo una copertura standard viene presa di solito entro 7 giorni di calendario quando l'articolo o il servizio medico è soggetto alle nostre regole di autorizzazione preventiva, 14 giorni di calendario per tutti gli altri articoli e servizi medici o 72 ore per i farmaci della Parte B. Una decisione di copertura veloce viene generalmente presa entro 72 ore, per i servizi medici o 24 ore per i farmaci della Parte B.**

- Può ottenere una decisione di copertura veloce *solo* se l'utilizzo delle scadenze standard potrebbe *causare gravi danni alla salute o danneggiare le sue funzioni vitali*.
- **Se il suo medico ci dice che la sua salute richiede una “decisione di copertura veloce”, accetteremo automaticamente di darli una “decisione di copertura veloce”.**
- **Se chiede una decisione di copertura veloce da solo, senza il supporto del suo medico, decideremo noi se la sua salute richiede che le diamo una decisione di copertura veloce.** Se non approviamo una decisione di copertura veloce, le invieremo una lettera che:
  - Spiega che useremo le scadenze standard.
  - Spiega che se è il suo medico a chiedere la decisione di copertura veloce, le daremo automaticamente una decisione di copertura veloce.
  - Spiega che può presentare un reclamo veloce sulla nostra decisione di fornirle una decisione di copertura standard invece di quella veloce che ci ha richiesto.

**Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)**

---

**Passaggio 2: Chieda al nostro piano di prendere una decisione sulla copertura o una decisione di copertura veloce.**

- Iniziare chiamando, scrivendo o inviando via fax il nostro piano per presentare la sua richiesta di autorizzazione o copertura per l'assistenza medica che desidera. Lei, il suo medico o il suo rappresentante potete farlo. Il capitolo 2 contiene le informazioni di contatto.

**Passaggio 3: Consideriamo la sua richiesta di copertura sanitaria e le diamo la nostra risposta.*****Per le decisioni sulla copertura standard utilizziamo le scadenze standard.***

**Ciò significa che le daremo una risposta entro 7 giorni di calendario** dopo aver ricevuto la sua richiesta di un **articolo o servizio medico soggetto alle nostre regole di autorizzazione preventiva**. **Se l'articolo o il servizio medico richiesto non è soggetto alle nostre regole di autorizzazione preventiva, le daremo una risposta entro 14 giorni di calendario** dalla ricezione della sua richiesta. Se la sua richiesta riguarda un **farmaco della Parte B**, le forniremo una risposta **entro 72 ore** dalla ricezione della sua richiesta.

- **Tuttavia**, se ci chiede più tempo o se abbiamo bisogno di ulteriori informazioni che potrebbero esserle utili, **possiamo impiegare fino a 14 giorni di calendario ulteriori** se la sua richiesta riguarda un articolo o un servizio medico. Se dovessimo impiegare più giorni del previsto, glielo comunicheremo per iscritto. Non possiamo prenderci più tempo per una decisione se il suo ricorso riguarda un farmaco Parte B.
- Se ritiene che *non dovremmo* impiegare giorni extra, può presentare un reclamo veloce. Le daremo una risposta al suo reclamo non appena prenderemo la decisione. (Il processo per presentare un reclamo è diverso dal processo per le decisioni riguardanti la copertura e i ricorsi. (Consulti la Sezione 11 per informazioni sui reclami).

***Per le decisioni sulla copertura veloce utilizziamo un intervallo di tempo accelerato.***

**Una decisione di copertura veloce significa che risponderemo entro 72 ore se la sua richiesta riguarda un articolo o un servizio medico. Se la sua richiesta è per un farmaco della Parte B, risponderemo entro 24 ore.**

- **Tuttavia**, se ci chiede più tempo o se abbiamo bisogno di più informazioni che potrebbero esserle utili, **possiamo impiegare fino a 14 giorni di calendario ulteriori**. Se dovessimo impiegare più giorni del previsto, glielo comunicheremo per iscritto. Non possiamo prenderci più tempo per una decisione se il suo ricorso riguarda un farmaco Parte B.
- Se ritiene che *non dovremmo* impiegare giorni extra, può presentare un reclamo veloce. (Vada alla Sezione 11 per informazioni sui reclami). La chiameremo non appena prenderemo la decisione.
- **Se la nostra risposta è negativa a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, le invieremo una dichiarazione scritta che ne spieghi i motivi.

**Passaggio 4: Se rispondiamo negativamente alla sua richiesta di copertura per assistenza medica, può presentare ricorso.**

- Se rispondessimo negativamente, avrà diritto di chiederci di riconsiderare questa decisione presentando ricorso. Ciò significa chiedere di nuovo di ottenere la copertura sanitaria desiderata. Se presenta ricorso, significa che sta passando al Livello 1 della procedura di ricorso.

**Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)****SEZIONE 6.3 Come fare un ricorso di Livello 1****Termini legali:**

Un ricorso al nostro piano in merito a una decisione di copertura dell'assistenza medica è chiamato piano di **riconsiderazione**.

Un ricorso veloce è anche chiamato **riconsiderazione accelerata**.

**Passaggio 1: Stabilisca se è necessario un ricorso standard o un ricorso veloce.**

**Un ricorso standard viene solitamente presentato entro 30 giorni di calendario o 7 giorni di calendario per i farmaci della Parte B. Un ricorso veloce viene generalmente presentato entro 72 ore.**

- Se intende presentare ricorso contro una decisione che abbiamo preso in merito alla copertura delle cure, lei e/o il suo medico dovreste decidere se è necessario un ricorso veloce. Se il suo medico ci conferma che la sua salute richiede un ricorso veloce, le offriremo questa possibilità.
- I requisiti per ottenere un ricorso veloce sono gli stessi necessari per ottenere una decisione di copertura veloce descritti nella Sezione 6.2.

**Passaggio 2: Chieda al nostro piano un ricorso o un ricorso veloce**

- **Per chiedere un ricorso standard, può inviare il suo ricorso standard per iscritto.** Può inoltre richiedere un ricorso chiamandoci. Il capitolo 2 contiene le informazioni di contatto.
- **Se chiede un ricorso veloce, presenti il suo ricorso per iscritto o ci contatti telefonicamente.** Il capitolo 2 contiene le informazioni di contatto.
- **È necessario presentare la richiesta di ricorso entro 65 giorni di calendario** dalla data dell'avviso scritto inviato per comunicarle la nostra risposta sulla decisione di copertura. Se non rispetta questa scadenza e ha una buona ragione per non rispettarla, spieghi il motivo per cui il suo ricorso è in ritardo quando lo presenta. Potremmo darle più tempo per presentare il suo ricorso. Esempi di buona causa possono includere una malattia grave che Le ha impedito di contattarci o se le abbiamo fornito informazioni errate o incomplete sul termine per la richiesta di un ricorso.
- **Può chiedere una copia gratuita delle informazioni relative alla sua decisione medica. Lei e il suo medico potete aggiungere ulteriori informazioni a sostegno del suo ricorso.**

***Se la informassimo che intendiamo interrompere o ridurre i servizi o gli articoli che stava già ricevendo, potrebbe essere in grado di mantenere tali servizi o articoli durante il suo ricorso.***

- Se decidessimo di modificare o interrompere la copertura per un servizio o un articolo che attualmente riceve, le invieremo un avviso prima di intraprendere l'azione proposta.
- Se non è d'accordo con l'azione, può presentare un ricorso di Livello 1. Continueremo a coprire il servizio o l'articolo se chiede un ricorso di Livello 1 entro 10 giorni di calendario dalla data del timbro postale sulla nostra lettera o dalla data effettiva prevista dell'azione, a seconda di quale data sia successiva.
- Se rispetta questa scadenza, può continuare a ricevere il servizio o l'articolo senza modifiche mentre il suo ricorso di livello 1 è in sospeso. Continuerà inoltre a ricevere tutti gli altri servizi o articoli (che non sono oggetto del suo ricorso) senza modifiche.

## Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)

---

### **Passaggio 3: Consideriamo il suo ricorso e le diamo la nostra risposta.**

- Quando esaminiamo il suo ricorso, esaminiamo attentamente tutte le informazioni. Controlliamo se stavamo seguendo tutte le regole quando abbiamo risposto negativamente alla sua richiesta.
- Raccoglieremo ulteriori informazioni se necessario e potremmo contattare lei o il suo medico.

### **Scadenze per un ricorso veloce**

- Per i ricorsi veloci, siamo tenuti a fornirle la nostra risposta entro **72 ore dalla ricezione del suo ricorso**. Le daremo la nostra risposta prima se la sua salute lo richiedesse.
  - Se ci chiede più tempo o se abbiamo bisogno di ulteriori informazioni che potrebbero esserle utili, **possiamo impiegare fino a 14 giorni di calendario ulteriori** se la sua richiesta riguarda un articolo o un servizio medico. Se dovessimo impiegare più giorni del previsto, glielo comunicheremo per iscritto. Non possiamo prendere tempo extra se la sua richiesta è per un farmaco della Parte B.
  - Se non le forniamo una risposta entro 72 ore (o entro la fine del periodo di tempo prolungato se abbiamo impiegato giorni extra), siamo tenuti a inviare automaticamente la sua richiesta al Livello 2 della procedura di ricorso, dove sarà esaminata da un'organizzazione di revisione indipendente. La sezione 6.4 spiega la procedura di ricorso di livello 2.
- **Se la nostra risposta è positiva per una parte o per tutto ciò che ha richiesto**, siamo tenuti ad autorizzare o fornire la copertura che abbiamo accettato di fornirle entro 72 ore dalla ricezione del ricorso.
- **Se la nostra risposta è negativa a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, le invieremo la nostra decisione per iscritto e inoltreremo automaticamente il suo ricorso all'organizzazione di revisione indipendente per un ricorso di Livello 2. L'organizzazione di revisione indipendente le comunicherà per iscritto la ricezione del ricorso.

### **Scadenze per un ricorso standard**

- Per i ricorsi standard, dobbiamo fornirle la nostra risposta entro **30 giorni di calendario** dalla ricezione del suo ricorso. Se la sua richiesta riguarda un farmaco della Parte B che non ha ancora ricevuto, le forniremo la nostra risposta entro **7 giorni di calendario** dalla ricezione del suo ricorso. Le forniremo la nostra decisione prima se le sue condizioni di salute lo richiedono.
  - Tuttavia, se ci chiede più tempo o se abbiamo bisogno di ulteriori informazioni che potrebbero esserle utili, **possiamo impiegare fino a 14 giorni di calendario ulteriori** se la sua richiesta riguarda un articolo o un servizio medico. Se dovessimo impiegare più giorni del previsto, glielo comunicheremo per iscritto. Non possiamo prenderci più tempo per una decisione se il suo ricorso riguarda un farmaco Parte B.
  - Se ritiene che *non dovremmo* impiegare giorni extra, può presentare un reclamo veloce. Quando presenta un reclamo veloce, le forniremo una risposta entro 24 ore. (Per ulteriori informazioni sul processo di presentazione dei reclami, inclusi i reclami veloci, consulti la **Sezione 11.**)
  - Se non le forniamo una risposta entro il termine (o entro la fine del periodo di tempo prolungato), invieremo la sua richiesta per un ricorso di Livello 2 per un esame del ricorso da parte di un ente di revisione indipendente. La sezione 6.4 spiega la procedura di ricorso di livello 2.
- **Se la risposta è affermativa a una parte o a tutto ciò che ha richiesto**, dobbiamo autorizzare o fornire la copertura entro **30 giorni di calendario** o **entro 7 giorni di calendario** se la sua richiesta riguarda un farmaco della Parte B.

## Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)

- **Se il nostro piano risponde negativamente al suo ricorso, ha ulteriori diritti di ricorso.**
- Se rispondiamo negativamente a tutto o parte di ciò che ha chiesto, le invieremo una lettera.
  - Se il suo problema riguarda la copertura di un servizio o di un articolo Medicare, tramite la lettera le comunicheremo di aver inviato il suo caso all'ente di revisione indipendente per un ricorso di Livello 2.
  - Se il suo problema riguarda la copertura di un servizio o di un articolo Medicaid, tramite la lettera le spiegheremo come presentare autonomamente un ricorso di Livello 2.

### La sezione 6.4 La procedura di ricorso di Livello 2

#### Termine legale:

Il nome formale per l'organizzazione di revisione indipendente è **Ente di revisione indipendente**. A volte viene chiamato **IRE**.

#### L'organizzazione di revisione indipendente è un'organizzazione indipendente assunta da Medicare.

Non è collegata a noi e non è un'agenzia governativa. Questa organizzazione decide se la decisione che abbiamo preso è corretta o se deve essere modificata. Medicare supervisiona il suo operato.

- Se il problema riguarda un servizio o un articolo solitamente **coperto da Medicare**, il caso verrà automaticamente inviato al Livello 2 della procedura di ricorso non appena il Livello 1 sarà stato completato.
- Se il problema riguarda un servizio o un articolo solitamente **coperto da Medicaid**, potrà presentare autonomamente un appello di livello 2. La lettera spiegherà come procedere. Di seguito vengono fornite informazioni al riguardo.
- Se il suo problema riguarda un servizio o un articolo che potrebbe essere **coperti sia da Medicare che da Medicaid**, potrà presentare automaticamente un ricorso di Livello 2 all'ente di revisione indipendente. Potrà anche chiedere un arbitrato con lo Stato.

Se possiede i requisiti per la continuazione delle prestazioni quando ha presentato il suo ricorso di livello 1, i suoi prestazioni per il servizio, l'articolo o il farmaco oggetto del ricorso possono continuare anche durante il livello 2. Andare a pagina 138 per informazioni su come continuare a usufruire delle prestazioni durante i ricorsi di Livello 1.

- Se il suo problema riguarda un servizio solitamente coperto solo da Medicare, le prestazioni correlate a quel servizio non continueranno a essere erogate durante la procedura di ricorso di Livello 2 presso l'ente di revisione indipendente.
- Se il problema riguarda una prestazione solitamente coperta da Medicaid, le prestazioni per quella prestazione continueranno a essere erogate se il paziente presenta un ricorso di Livello 2 entro 10 giorni di calendario dalla ricezione della lettera di decisione del piano.

#### Se il problema riguarda un servizio o un articolo solitamente coperto da Medicare:

#### Passaggio 1: L'organizzazione di revisione indipendente esamina il suo ricorso.

- Invieremo le informazioni sul suo ricorso a questo ente. Queste informazioni sono chiamate **fascicolo del caso**. Lei ha il diritto di chiederci una copia gratuita del suo fascicolo.
- Ha il diritto di fornire all'organizzazione indipendente di revisione ulteriori informazioni a sostegno del suo ricorso.

## Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)

- I revisori dell'ente di revisione indipendente esamineranno attentamente tutte le informazioni correlate al suo ricorso.

### *Se ha avuto un ricorso veloce al Livello 1, lei avrà anche un ricorso veloce al Livello 2.*

- Per il ricorso veloce, l'ente di revisione indipendente deve fornire una risposta al suo ricorso di Livello 2 **entro 72 ore** dalla ricezione del suo ricorso.
- Se la sua richiesta riguarda un articolo o un servizio medico e l'organizzazione di revisione indipendente deve raccogliere ulteriori informazioni che potrebbero esserle utili, **potrebbero essere necessari fino a 14 giorni ulteriori di calendario**. L'organizzazione di revisione indipendente non può impiegare più tempo per prendere una decisione se la sua richiesta è per un farmaco di Parte B.

### *Se ha avuto un ricorso standard al Livello 1, avrà anche un ricorso standard al Livello 2.*

- Per il ricorso standard, se la richiesta riguarda un articolo o un servizio medico, l'ente di revisione indipendente deve fornire una risposta al suo ricorso di Livello 2 **entro 30 giorni di calendario** dalla ricezione del suo ricorso. Se la sua richiesta riguarda un farmaco della Parte B, l'organizzazione di revisione indipendente deve fornire una risposta al suo ricorso di Livello 2 **entro 7 giorni di calendario** dalla ricezione del suo ricorso.
- Se la sua richiesta riguarda un articolo o un servizio medico e l'organizzazione di revisione indipendente deve raccogliere ulteriori informazioni che potrebbero esserle utili, **potrebbero essere necessari fino a 14 giorni ulteriori di calendario**. L'organizzazione di revisione indipendente non può impiegare più tempo per prendere una decisione se la sua richiesta è per un farmaco di Parte B.

### **Passaggio 2: L'organizzazione di revisione indipendente le dà la sua risposta.**

L'ente di revisione indipendente comunicherà per iscritto la propria decisione e ne spiegherà le ragioni.

- **Se l'organizzazione indipendente di revisione dice sì a una parte o a tutta la richiesta di un articolo o servizio medico**, dobbiamo autorizzare la copertura dell'assistenza medica entro **72 ore** o fornirle il servizio entro 14 giorni di calendario dalla data in cui ha ricevuto la decisione dell'organizzazione indipendente di revisione per le **richieste standard**. Per le **richieste accelerate**, abbiamo **72 ore di tempo** dalla data in cui riceviamo la decisione dell'organizzazione di revisione indipendente.
- **Se l'ente di revisione indipendente approva una parte o a tutta la richiesta di un farmaco della Parte B**, dobbiamo autorizzare o fornire la copertura del farmaco della Parte B entro **72 ore** dalla decisione dell'ente di revisione indipendente per le **richieste standard**. Per le **richieste accelerate**, abbiamo **24 ore di tempo** dalla data in cui riceviamo la decisione dell'ente di revisione indipendente.
- **Se l'ente indipendente risponde negativamente a tutto o parte del suo ricorso**, significa che è d'accordo con il nostro piano che la sua richiesta (o parte della sua richiesta) di copertura per l'assistenza medica non deve essere approvata. (Questa operazione viene chiamata **conferma della decisione o rifiuto del ricorso**.) In questo caso, l'organizzazione di revisione indipendente le invierà una lettera che:
  - Spiega la decisione.
  - Le notifica il diritto a un ricorso di Livello 3 se il valore in dollari della copertura dell'assistenza medica soddisfa un certo minimo. Nell'avviso scritto ricevuto saranno presenti le informazioni sull'importo in dollari da coprire per continuare la procedura di ricorso.
  - Come presentare un ricorso di Livello 3.

## Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)

- Se il suo ricorso di Livello 2 viene rifiutato e lei soddisfa i criteri per continuare con la procedura di ricorso, deve decidere se vuole passare al Livello 3 e presentare un terzo ricorso. I dettagli su come farlo sono nell'avviso scritto che riceverà dopo il suo ricorso di Livello 2.
  - Il ricorso di livello 3 è gestito da un giudice di diritto amministrativo o da un avvocato arbitro. **La Sezione 10** di questo capitolo spiega la procedura per gli appelli di Livello 3, 4 e 5.

### Se il problema riguarda un servizio o un articolo solitamente coperto da Medicaid:

#### Passaggio 1: Chiedi un arbitrato davanti allo Stato.

- Il Livello 2 della procedura di ricorso per i servizi solitamente coperti da Medicaid è un arbitrato con lo Stato. Deve richiedere un arbitrato per iscritto o per telefono entro 60 giorni di calendario dalla data in cui abbiamo inviato la lettera di decisione sul ricorso di Livello 1. La lettera che riceverà da noi le indicherà dove presentare la richiesta di arbitrato.
- Per telefono: 1-800-342-3334 (gli utenti TTY possono chiamare il 711 e chiedere all'operatore di chiamare il 1-877-502-6155)
- Per fax: 518-473-6735
- Per internet: <http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>
- Per posta: NYS Office of Temporary and Disability Assistance (Ufficio per l'assistenza temporanea e l'invalidità dello Stato di New York)

Ufficio delle udienze amministrative  
 Unità udienze Managed Care  
 P.O. Box 22023  
 Albany, New York 12201-2023

- Di persona: Per non residenti della città di New York:

Ufficio per l'assistenza temporanea e l'invalidità  
 Ufficio delle udienze amministrative  
 40 North Pearl Street  
 Albany, New York 12243

- Per i residenti della città di New York:

Ufficio per l'assistenza temporanea e l'invalidità  
 Ufficio delle udienze amministrative  
 5 Beaver Street  
 New York, New York 10004

**Dopo aver richiesto un arbitrato**, lo Stato invierà un avviso contenente l'orario e il luogo dell'udienza. All'udienza le verrà chiesto di spiegare perché ritiene che la decisione sia sbagliata. Un funzionario dell'udienza ascolterà lei e il piano e deciderà se la nostra decisione è sbagliata. Se lo Stato respinge la richiesta di arbitrato veloce, la chiamerà e le invierà una lettera. Se la richiesta di arbitrato veloce viene respinta, lo Stato la esaminerà entro 90 giorni.

Se lo Stato approva la sua richiesta di un arbitrato veloce, la chiamerà per comunicarle l'orario e la data dell'udienza. Tutti gli arbitrati veloci si terranno per telefono.

## Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)

### Come prepararsi all'udienza:

- **Prima dell'udienza le invieremo una copia del “pacchetto di prove”.** Si tratta di informazioni da noi utilizzate per prendere la nostra decisione sui suoi servizi. Forniremo queste informazioni al funzionario dell'udienza per spiegare la nostra decisione. Se non ci fosse tempo sufficiente per spedirle, porteremo una copia del pacchetto di prove all'udienza. Se non ricevesse il pacchetto di prove entro la settimana precedente l'udienza, potrà chiamare il numero 1-800 MCO-PLAN per richiederlo.
- **Ha il diritto di vedere il suo fascicolo e altri documenti.** Il fascicolo contiene le sue cartelle cliniche e potrebbe contenere ulteriori informazioni sul motivo per cui la prestazione sanitaria è stata modificata o non approvata. Può anche chiedere di vedere le linee guida e qualsiasi altro documento utilizzato per prendere questa decisione. Può chiamare il numero 1-800 MCO-PLAN per vedere il suo fascicolo e altri documenti o per chiederne una copia gratuita. Le copie saranno inviate per posta solo se dichiara di voler essere contattato per posta.
- **Ha il diritto di essere accompagnato da una persona che la aiuti durante l'udienza,** come un avvocato, un amico, un parente o un'altra persona. All'udienza, lei o la persona designata potrete fornire al funzionario dell'udienza documenti scritti o semplicemente esporre la motivazione per cui ritenete la decisione sbagliata. Potrà anche portare delle persone a parlare in vostro favore. Lei o la persona designata potrete anche porre domande alle altre persone presenti all'udienza.
- **Ha il diritto di presentare documenti a sostegno del suo caso.** Può portare con lei una copia di tutti i documenti che ritiene utili per il caso, come lettere di medici, fatture sanitarie e ricevute. Può essere utile portare all'udienza una copia di questo avviso ed eventuali allegati.
- **Potrebbe ottenere assistenza legale** chiamando Legal Aid Society o il gruppo di difesa locale. Per trovare un avvocato, consulti le Pagine Gialle
- Le pagine sotto la voce “Avvocati” o consulti il sito [www.LawhelpNY.org](http://www.LawhelpNY.org). A New York, può chiamare il 311.

### Ricorso esterno

Lei ha altri diritti in merito al ricorso se abbiamo affermato che il servizio richiesto era:

1. non necessario dal punto di vista medico;
2. sperimentale o in fase di sperimentazione;
3. non diverso dalle cure che è possibile ottenere nella rete del piano o
4. disponibile da un fornitore partecipante che ha una formazione e un'esperienza corrette per soddisfare le sue richieste.

Per questo tipo di decisioni, può chiedere allo Stato di New York (NYS) un ricorso esterno indipendente. Viene denominato Ricorso esterno perché la decisione viene presa da revisori che non lavorano per il piano Senior Whole Health of New York NHC o NYS. Questi revisori sono persone qualificate approvate dal NYS. Il servizio deve rientrare nel pacchetto di prestazioni previsti dal piano o essere un trattamento sperimentale, una prova clinica o un trattamento per una malattia rara. Non è necessario pagare per un ricorso esterno.

Ha 4 mesi di tempo dalla data di invio della lettera in merito alla decisione sul suo ricorso di livello 1, per chiedere un ricorso esterno. Se lei e Senior Whole Health of New York NHC avete concordato di saltare la procedura di ricorso, dovrà richiedere il Ricorso esterno entro **4 mesi** da quando ha stipulato tale accordo.

Per richiedere un Ricorso Esterno, compilare una domanda e inviarla al Dipartimento dei Servizi Finanziari. Se ha bisogno di aiuto per presentare un ricorso esterno, può chiamare il Servizio per i Membri al numero riportato sul retro della sua tessera identificativa membro. Lei e i suoi medici dovete fornire informazioni sul suo problema medico. L'applicazione Ricorso esterno indica quali informazioni saranno necessarie.

**Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)**

---

Ecco alcuni modi per presentare domanda di ricorso esterno:

- Chiamare il Dipartimento dei servizi finanziari al numero 1-800-400-8882
- Visitare il sito web del Dipartimento dei servizi finanziari all'indirizzo [www.dfs.ny.gov](http://www.dfs.ny.gov).
- Contattare il numero 833) 671-0440

Il suo Ricorso esterno verrà deciso entro 30 giorni. Potrebbe essere necessario più tempo (fino a cinque giorni lavorativi) se l'esaminatore dell'appello esterno richiede ulteriori informazioni. La decisione finale verrà comunicata a lei e al Senior Whole Health of New York NHC entro due giorni dalla decisione.

È possibile ottenere una decisione più rapida se:

- Il suo medico dice che un ritardo causerebbe un grave danno alla sua salute; oppure
- Lei è ricoverato in ospedale dopo una visita al pronto soccorso e l'assistenza ospedaliera viene negata dal suo piano.

Si tratta di un ricorso esterno accelerato. Il revisore del ricorso esterno deciderà un ricorso accelerato entro 72 ore o meno.

Se ha richiesto un trattamento ospedaliero per il disturbo da uso di sostanze almeno 24 ore prima di lasciare l'ospedale, continueremo a pagare la sua permanenza se:

- si richiede un ricorso veloce di Livello 1 entro 24 ore E
- si richiede contemporaneamente un ricorso esterno rapido.

Continueremo a pagare la degenza fino a quando non verrà presa una decisione in merito al ricorso. Prenderemo una decisione in merito al Ricorso veloce di Livello 1 in 24 ore. L'appello esterno rapido sarà deciso in 72 ore.

Il revisore comunicherà immediatamente a lei e al piano la decisione telefonicamente o tramite fax. In seguito, Le verrà inviata una lettera che Le comunicherà la decisione.

Potrà richiedere un arbitrato o presentare un ricorso esterno, o entrambi. Se chiede sia un arbitrato che un ricorso esterno, la decisione del funzionario del Fair Hearing Office sarà quella che prevale.”

Nella sezione 10.2, Ricorsi aggiuntivi Medicaid, l'MMCP non deve includere una lingua aggiuntiva in cui l'EOC incarica l'MMCP di inserire una descrizione delle procedure e delle istruzioni per la presentazione di ricorsi aggiuntivi nello Stato.

Nella Sezione 11.4 può anche informare Medicare e Medicaid del suo reclamo:

- 1.** L'MMCP dovrebbe inserire “e Medicaid” nel titolo di questa sezione.
- 2.** Gli MMCP che gestiscono il programma MAP devono includere le seguenti informazioni di contatto per i reclami dell'agenzia Medicaid:

Lei ha inoltre il diritto di contattare il New York State Department of Health in merito al proprio reclamo.

## Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)

---

Può contattare il Department of Health tramite:

- Telefono: 1-866-712-7197
- Posta: New York State Department of Health  
Ufficio dell'assistenza gestita a lungo termine  
Centro di assistenza tecnica  
99 Washington Ave/ One Commerce Plaza 16th Fl  
Albany, NY 12210
- E-mail: [mltctac@health.ny.gov](mailto:mltctac@health.ny.gov)

Ha inoltre il diritto di contattare il New York State Department of Health in merito al proprio reclamo. Può contattare il Department of Health tramite:

- Telefono: 1-800-206-8125
- Posta: New York State Department of Health  
Unità reclami Managed Care  
OHIP DHPCO 1CP-1609  
Albany, New York 12237  
E-mail: [managedcarecomplaint@health.ny.gov](mailto:managedcarecomplaint@health.ny.gov)

### Passaggio 2: Il Fair Hearing Office fornisce la sua risposta.

L'ufficio per l'arbitrato le comunicherà per iscritto la propria decisione e ne spiegherà le ragioni.

- **Se il Fair Hearing Office risponde affermativamente a una parte o alla totalità della richiesta di un articolo o di un servizio medico**, dovremo autorizzare o fornire il servizio o l'articolo entro 72 ore dalla ricezione della decisione del Fair Hearing Office.
- **Se l'Ufficio per l'arbitrato risponde negativamente a tutto o parte del suo ricorso**, significa che è d'accordo con il nostro piano che la sua richiesta (o parte della sua richiesta) di copertura per l'assistenza medica non deve essere approvata. (Questa operazione viene chiamata **conferma della decisione o rifiuto del ricorso**.)

### Se la decisione è negativa per tutto o parte di ciò che ha chiesto, può presentare un altro ricorso.

Se la decisione dell'ente di revisione indipendente o del Fair Hearing Office è negativa per tutto o parte di ciò che ha chiesto, ha **ulteriori diritti di ricorso**.

La lettera che riceve dal Fair Hearing Office descriverà questa prossima opzione di ricorso.

Consulti la Sezione 10 per ulteriori informazioni sui diritti di ricorso dopo il Livello 2.

## Sezione 6.5 Cosa succede se ci chiede di rimborsarle una fattura ricevuta per assistenza medica

**Non possiamo rimborsarle direttamente un servizio o un articolo Medicaid.** Se riceve una fattura per servizi e articoli coperti da Medicaid, la invii a noi. **Non paghi la fattura personalmente.** Contatteremo direttamente il fornitore e ci occuperemo del problema. Tuttavia, se paga la fattura, può ottenere un rimborso dal fornitore di assistenza sanitaria se ha seguito le regole per ottenere il servizio o l'articolo.

## Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)

---

### **Chiedere un rimborso significa richiedere una decisione di copertura da parte nostra.**

Se ci invia i documenti per chiedere il rimborso, lei ci sta chiedendo una decisione sulla copertura. Per prendere questa decisione, controlleremo se l'assistenza medica che ha pagato è coperta. Verificheremo anche se lei ha seguito tutte le regole per utilizzare la sua copertura per l'assistenza medica.

Se desidera che le rimborsiamo per un servizio o un articolo **Medicare** o ci sta chiedendo di pagare un fornitore di assistenza sanitaria per un servizio o un articolo Medicaid che ha pagato, richiedi la decisione per questa copertura. Controlleremo se l'assistenza medica che ha pagato è un servizio coperto. Verificheremo anche se ha seguito tutte le regole per utilizzare la sua copertura per assistenza medica.

- **Se rispondiamo positivamente alla sua richiesta:** se l'assistenza medica Medicare è coperta, le invieremo il pagamento dell'importo entro 60 giorni di calendario dal ricevimento della sua richiesta.
  - Se l'assistenza Medicaid per la quale ha pagato un fornitore di assistenza sanitaria è coperta e ritiene che dovremmo pagare il fornitore di assistenza sanitaria, invieremo al fornitore di assistenza sanitaria il pagamento dell'importo entro 60 giorni di calendario dal ricevimento della sua richiesta.
  - Quindi dovrà contattare il suo fornitore di assistenza sanitaria per ottenere il rimborso. Se non ha pagato l'assistenza medica, il pagamento verrà inviato direttamente al fornitore di assistenza sanitaria.
- **Se rispondiamo negativamente alla sua richiesta:** Se l'assistenza medica non è coperta, o se non ha seguito tutte le regole, non invieremo il pagamento. Invece, le invieremo una lettera che dice che non pagheremo per l'assistenza medica indicando le ragioni.

Se non è d'accordo con la nostra decisione di rifiutare, **può presentare un ricorso**. Se presenta un ricorso, significa che ci sta chiedendo di modificare la decisione sulla copertura che abbiamo preso quando abbiamo rifiutato la sua richiesta di pagamento.

**Per presentare questo ricorso, segua la procedura per i ricorsi nella Sezione 6.3.** Per i ricorsi relativi al rimborso, si prega di notare:

- Siamo tenuti a fornirle una risposta entro 30 giorni di calendario dalla ricezione del suo ricorso.
- Se l'organizzazione di revisione indipendente decide che dobbiamo pagare, dobbiamo inviare il pagamento a lei o al fornitore entro 30 giorni di calendario. Se la risposta al suo ricorso è positiva in qualsiasi fase della procedura di ricorso dopo il Livello 2, il pagamento richiesto dovrà essere inviato a lei o al fornitore di assistenza medica entro 60 giorni di calendario.

## **SEZIONE 7      Farmaci della Parte D: come chiedere una decisione sulla copertura o presentare un ricorso**

---

### **SEZIONE 7.1    Questa sezione le dice cosa fare se ha problemi a ottenere un farmaco della Parte D o vuole che le rimborsiamo un farmaco della Parte D**

I suoi prestazioni includono la copertura per molti farmaci su prescrizione medica. Per essere coperto, il farmaco deve essere utilizzato per un'indicazione clinicamente accettata. (Vada alla Capitolo 5 per maggiori informazioni su un'indicazione accettata dal punto di vista medico.) Per i dettagli sui farmaci della Parte D, le regole, le restrizioni e i costi, consultare i Capitoli 5 e 6. **Questa sezione riguarda solo i farmaci della**

## Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)

**Parte D.** Per semplificare ed evitare ripetizioni, per il resto di questa sezione useremo il termine *farmaco* per indicare il *farmaco su prescrizione ambulatoriale coperto* o *farmaco della Parte D*. Usiamo anche il termine *Elenco dei farmaci* invece di *Elenco dei farmaci coperti* o *prontuario*.

- Se non sa se un farmaco è coperto o se rispetti le regole, può chiedercelo. Per alcuni farmaci è richiesta la nostra approvazione affinché risultino coperti.
- Se la sua farmacia le dice che la sua prescrizione non può essere compilata come scritto, la farmacia le darà un avviso scritto che spiega come contattarci per chiedere una decisione sulla copertura.

### Decisioni e ricorsi riguardanti la copertura Parte D

#### Termine legale:

Una decisione di copertura iniziale sui farmaci della Parte D è chiamata **determinazione della copertura**.

Una decisione sulla copertura è una decisione che prendiamo in merito alle sue prestazioni e alla sua copertura o all'importo che pagheremo per i suoi farmaci. Questa sezione spiega cosa può fare se si trova in una delle seguenti situazioni:

- Chiedere la copertura di un farmaco della Parte D che non è presente nell'Elenco dei farmaci del piano. **Chiedere un'eccezione. Sezione 7.2.**
- Chiedere di rinunciare a una restrizione sulla copertura del piano per un farmaco (come i limiti sulla quantità del farmaco che è possibile ottenere, i criteri di autorizzazione preventiva o l'obbligo di provare prima un altro farmaco). **Chiedere un'eccezione. Sezione 7.2.**
- Chiedere la pre-approvazione per un farmaco. **Chiedere una decisione sulla copertura. Sezione 7.4.**
- Pagare per un farmaco soggetto a prescrizione che ha già acquistato. **Richiesta di rimborso. Sezione 7.4.**

Se non è d'accordo con una decisione sulla copertura che abbiamo preso, può appellarsi alla nostra decisione.

Questa sezione spiega sia come richiedere decisioni sulla copertura sia come presentare un ricorso.

### Sezione 7.2 Richiesta di eccezione

#### Termini legali:

La richiesta di copertura di un farmaco che non è nell'elenco dei farmaci viene talvolta definita **deroga al prontuario**.

Chiedere la rimozione di una restrizione sulla copertura per un farmaco è talvolta chiamato chiedere una **deroga al prontuario**.

Chiedere di pagare un prezzo inferiore per un farmaco non preferito coperto è una **deroga alla classificazione**.

Se un farmaco non è coperto nel modo in cui vorrebbe che fosse coperto, può chiederci di fare **un'eccezione**. Un'eccezione è un tipo di decisione di copertura.

## Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)

---

Per consentirci di prendere in considerazione la sua richiesta di deroga, il medico o altro medico prescrittore dovrà spiegare i motivi medici per cui è necessaria l'approvazione dell'eccezione. Ecco 3 esempi di eccezioni che lei, il suo medico o un altro medico prescrittore potete richiedere:

- 1. Copertura di un farmaco della Parte D non presente nel nostro Elenco dei farmaci.** Se accettiamo di coprire un farmaco non presente nell'Elenco dei farmaci, il paziente dovrà pagare l'importo di partecipazione ai costi che si applica ai farmaci del Livello 5 *Fascia speciale*. Non è possibile chiedere un'eccezione all'importo di partecipazione ai costi che le chiediamo di pagare per il farmaco.
- 2. Rimozione di una restrizione per un farmaco coperto.** Il Capitolo 5 descrive le regole o le restrizioni extra che si applicano a determinati farmaci nell'Elenco dei farmaci. Se accettiamo di fare un'eccezione e di rinunciare a una restrizione per lei, può chiedere un'eccezione per la quota di copayment e partecipazione ai costi che le chiediamo di pagare per il farmaco.
- 3. Modifica della copertura di un farmaco a un livello di partecipazione ai costi inferiore.** Ogni farmaco presente nell'Elenco dei farmaci è presente in uno dei sei (6) livelli di partecipazione ai costi. In generale, più basso è il numero del livello di partecipazione ai costi, meno lei paga come quota del costo del farmaco.
  - Se il nostro Elenco dei farmaci contiene farmaci alternativi per il trattamento della sua patologia che rientrano in un livello di partecipazione ai costi inferiore a quello del suo farmaco, potrà chiederci di coprire il suo farmaco con l'importo della partecipazione ai costi che si applica ai farmaci alternativi.
  - Se il farmaco che sta assumendo è un farmaco di marca, può chiedere di coprire il suo farmaco con l'importo di partecipazione ai costi che si applica al livello più basso che contiene alternative di marca per il trattamento della sua patologia.
  - Se il farmaco che sta assumendo è un farmaco generico, può chiedere di coprire il suo farmaco con l'importo di partecipazione ai costi che si applica al livello più basso che contiene alternative di marca o generiche per il trattamento della sua patologia.
  - Non può chiedere di modificare il livello di partecipazione ai costi per un farmaco del *Livello 5 Fascia speciale*.
  - Se la richiesta di deroga alla classificazione viene approvata e c'è più di un livello di partecipazione ai costi inferiore con farmaci alternativi che non si possono assumere, di solito si paga l'importo più basso.

### Sezione 7.3 Cose importanti da sapere sulla richiesta di eccezioni

#### Il medico deve comunicarci le ragioni mediche

Il medico o altro prescrittore deve fornirci una dichiarazione che spieghi i motivi medici per richiedere un'eccezione. Per una decisione più rapida, includa queste informazioni mediche avute dal suo medico o da un altro medico prescrittore quando chiede la deroga.

In genere il nostro Elenco dei farmaci include più di un farmaco per il trattamento di una particolare patologia. Queste diverse possibilità sono chiamate farmaci **alternativi**. Se un farmaco alternativo fosse altrettanto efficace rispetto a quello che sta richiedendo e non causasse maggiori effetti collaterali o altri problemi di salute, in genere non approveremo la sua richiesta di eccezione. Se chiede una deroga alla classificazione, in genere non approveremo la sua richiesta di deroga a meno che tutti i farmaci alternativi della fascia di partecipazione più bassa non funzionino bene per lei o possano causare reazioni avverse o altri danni.

**Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)****Possiamo dire di sì o di no alla sua richiesta**

- Se approviamo la sua richiesta di eccezione, la nostra approvazione di solito è valida fino alla fine dell'anno del nostro piano. Questo è vero fintanto che il medico continua a prescriverle il farmaco e quel farmaco continua ad essere sicuro ed efficace per il trattamento della sua condizione.
- Se risponderemo negativamente alla sua richiesta, può chiedere un'altra revisione presentando ricorso.

**Sezione 7.4 Come chiedere una decisione riguardo la copertura, inclusa un'eccezione****Termine legale:**

Una decisione di copertura veloce è chiamata **determinazione di copertura accelerata**.

**Passaggio 1: Stabilisca se è necessaria una decisione di copertura standard o una decisione di copertura veloce.**

**Le decisioni standard sulla copertura** vengono prese entro **72 ore** dalla ricezione della dichiarazione del medico. **Le decisioni sulla copertura veloce** vengono prese entro **24 ore** dalla ricezione della dichiarazione del suo medico.

***Se la sua salute lo richiede, ci richieda di prendere una decisione di copertura veloce. Per ottenere una decisione di copertura veloce, è necessario soddisfare 2 requisiti:***

- Deve richiedere un *farmaco che non ha ancora ricevuto*. (Non può richiedere che una decisione di copertura veloce venga rimborsata per un farmaco che ha già acquistato).
- L'utilizzo delle scadenze standard potrebbe *causare gravi danni alla salute o danneggiare le sue funzioni vitali*.
- **Se il suo medico o altro medico prescrittore ci dice che la sua salute richiede una decisione di copertura veloce, le daremo automaticamente una decisione di copertura veloce.**
- **Se richiede una decisione di copertura veloce da solo, senza il supporto del suo medico, decideremo noi se la sua salute richiede che le diamo una decisione di copertura veloce.** Se non approviamo una decisione di copertura veloce, le invieremo una lettera che:
  - Spiega che useremo le scadenze standard.
  - Spiega che se il suo medico o altro prescrittore richiede una decisione di copertura veloce, le forniremo automaticamente una decisione di copertura veloce.
  - Spiega come può presentare un reclamo veloce sulla nostra decisione di fornirle una decisione di copertura standard invece della decisione di copertura veloce che ha richiesto. Risponderemo al suo reclamo entro 24 ore dalla ricezione.

**Passaggio 2: Richieda una decisione standard di copertura o una decisione di copertura veloce.**

Inizi chiamando, scrivendo o inviando via fax al nostro piano per presentare la sua richiesta di autorizzazione o copertura per l'assistenza medica che desidera. È inoltre possibile accedere al processo decisionale sulla copertura attraverso il nostro sito web. Dobbiamo accettare qualsiasi richiesta scritta, incluse le richieste presentate tramite il modulo di richiesta di determinazione della copertura del modello CMS (*CMS Model Coverage Determination Request*), disponibile sul nostro sito web [SWHNY.com](http://SWHNY.com). Il capitolo 2 contiene le informazioni di contatto. Per assisterci nell'elaborazione della sua richiesta, si assicuri di includere il suo

**Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)**

---

nome, le informazioni di contatto e le informazioni che identificano quale reclamo con risposta negativa è oggetto di ricorso.

Lei, il suo medico (o altro medico prescrittore) o il suo rappresentante potete farlo. Può anche far intervenire un avvocato per suo conto. La sezione 4 di questo capitolo spiega come può dare il permesso scritto a qualcun altro di agire come suo rappresentante.

- **Se richiede un'eccezione, fornisca la dichiarazione a supporto**, ovvero la ragione medica per l'eccezione. Il suo medico o altro medico prescrittore può inviarci via fax o per posta la dichiarazione. Oppure il medico o un altro medico prescrittore può comunicarcelo al telefono e seguire inviandoci via fax o per posta una dichiarazione scritta, se necessario.

**Passaggio 3: Consideriamo la sua richiesta e le diamo la nostra risposta.*****Scadenze per una decisione di copertura veloce***

- In generale, dobbiamo fornirle la nostra risposta **entro 24 ore** dalla ricezione della sua richiesta.
  - Per le eccezioni, le forniremo la nostra risposta entro 24 ore dal ricevimento della dichiarazione di supporto del suo medico. Le daremo la nostra risposta prima se la sua salute lo richiedesse.
  - Se non rispettiamo questa scadenza, siamo tenuti a inviare la sua richiesta al Livello 2 della procedura di ricorso, dove sarà esaminata da un ente di revisione indipendente.
- **Se la nostra risposta è positiva a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, siamo tenuti a fornire la copertura che abbiamo accettato di fornirle entro 24 ore dal ricevimento della sua richiesta o della dichiarazione del medico a sostegno della sua richiesta.
- **Se la nostra risposta è negativa a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, le invieremo una dichiarazione scritta che spiega il motivo per cui abbiamo risposto negativamente. Le diremo anche come può presentare ricorso.

***Scadenze per una decisione di copertura standard su un farmaco che non ha ancora ricevuto***

- Siamo tenuti a fornirle la nostra risposta **entro 72 ore** dalla ricezione della sua richiesta.
  - Per le eccezioni, le forniremo la nostra risposta entro 72 ore dal ricevimento della dichiarazione di supporto del suo medico. Le daremo la nostra risposta prima se la sua salute lo richiedesse.
  - Se non rispettiamo questa scadenza, siamo tenuti a inviare la sua richiesta al Livello 2 della procedura di ricorso, dove sarà esaminata da un ente di revisione indipendente.
- **Se la nostra risposta è positiva a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, siamo tenuti a **fornire la copertura** che abbiamo accettato di fornirle entro **72 ore** dal ricevimento della sua richiesta o della dichiarazione del medico a sostegno della sua richiesta.
- **Se la nostra risposta è negativa a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, le invieremo una dichiarazione scritta che spiega il motivo per cui abbiamo risposto negativamente. Le diremo anche come può presentare ricorso.

***Scadenze per una decisione di copertura standard sul pagamento di un farmaco che ha già acquistato***

- Siamo tenuti a fornirle una risposta entro **14 giorni di calendario** dalla ricezione della sua richiesta.
  - Se non rispettiamo questa scadenza, siamo tenuti a inviare la sua richiesta al Livello 2 della procedura di ricorso, dove sarà esaminata da un'organizzazione di revisione indipendente.
- **Se la nostra risposta è positiva a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, siamo anche tenuti a effettuare il pagamento entro 14 giorni di calendario dal ricevimento della sua richiesta.

**Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)**

- **Se la nostra risposta è negativa a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, le invieremo una dichiarazione scritta che spiega il motivo per cui abbiamo risposto negativamente. Le diremo anche come può presentare ricorso.

**Passaggio 4: Se dovessimo rifiutare la sua richiesta di copertura, potrà presentare ricorso.**

- Se rispondestimo negativamente, avrà diritto di chiederci di riconsiderare questa decisione presentando ricorso. Ciò significa chiedere di nuovo di ottenere la copertura dei farmaci desiderata. Se presenta ricorso, significa che sta passando al Livello 1 della procedura di ricorso.

**SEZIONE 7.5 Come fare un ricorso di Livello 1****Termini legali:**

Un ricorso al nostro piano su una decisione di copertura dei farmaci della Parte D è chiamato piano di **rideterminazione**.

Un ricorso veloce è chiamato **rideterminazione accelerata**.

**Passaggio 1: Stabilisca se è necessario un ricorso standard o un ricorso veloce.**

*Un ricorso standard viene solitamente presentato entro 7 giorni di calendario. Un ricorso veloce viene generalmente presentato entro 72 ore. Se necessario per la sua salute, richieda un ricorso veloce.*

- Se intende presentare ricorso contro una decisione che abbiamo preso in merito a un farmaco che non ha ancora ricevuto, lei e il suo medico o altro medico prescrittore dovreste decidere se è necessario un ricorso veloce.
- I requisiti per ottenere un ricorso veloce sono gli stessi necessari per ottenere una decisione di copertura veloce descritti nella Sezione 7.4.

**Passaggio 2: Lei, il suo rappresentante, il medico o altro medico prescrittore dovreste contattarci e presentare il suo ricorso di****Livello 1. Se la sua salute necessita di una risposta rapida, deve richiedere un ricorso veloce.**

- **Per i ricorsi standard, può presentare una richiesta scritta o contattarci telefonicamente.** Il capitolo 2 contiene le informazioni di contatto.
- **Per i ricorsi veloci, può presentare un ricorso scritto o telefonare al numero riportato sul retro della sua tessera identificativa membro.** Il capitolo 2 contiene le informazioni di contatto.
- **Siamo tenuti ad accettare qualsiasi richiesta scritta**, inclusa una richiesta presentata sul modulo di richiesta di rideterminazione del modello CMS, disponibile sul nostro sito web [SWHNY.com](http://SWHNY.com). Si assicuri di includere il suo nome, le informazioni di contatto e le informazioni relative al suo reclamo per assisterci nell'elaborazione della sua richiesta.
- **È necessario presentare la richiesta di ricorso entro 65 giorni di calendario** dalla data dell'avviso scritto inviato per comunicarle la nostra risposta sulla decisione di copertura. Se non rispetta questa scadenza e ha una buona ragione per non rispettarla, spieghi il motivo per cui il suo ricorso è in ritardo quando lo presenta. Potremmo darle più tempo per presentare il suo ricorso. Esempi di buona causa possono includere una malattia grave che Le ha impedito di contattarci o se le abbiamo fornito informazioni errate o incomplete sul termine per la richiesta di un ricorso.

**Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)**

---

- **Può chiedere una copia delle informazioni contenute nel suo ricorso e aggiungere ulteriori informazioni.** Lei e il suo medico potete aggiungere ulteriori informazioni a sostegno del suo ricorso.

**Passaggio 3: Consideriamo il suo ricorso e le diamo la nostra risposta.**

- Quando esaminiamo il suo ricorso, esaminiamo attentamente tutte le informazioni relative alla sua richiesta di copertura. Controlliamo se stavamo seguendo tutte le regole quando abbiamo risposto negativamente alla sua richiesta. Potremmo contattare lei, il suo medico o un altro medico prescrittore per ottenere maggiori informazioni.

**Scadenze per un ricorso veloce**

- Per i ricorsi veloci, siamo tenuti a fornirle la nostra risposta entro **72 ore dalla ricezione del suo ricorso**. Le daremo la nostra risposta prima se la sua salute lo richiedesse.
  - Se non le diamo una risposta entro 72 ore, siamo tenuti a inviare la sua richiesta al Livello 2 della procedura di ricorso, dove sarà esaminata da un'organizzazione di revisione indipendente. La **Sezione 7.6** illustra la procedura di ricorso di Livello 2.
- **Se la nostra risposta è positiva per una parte o per tutto ciò che ha richiesto**, siamo tenuti a fornire la copertura concordata entro 72 ore dalla ricezione del ricorso.
- **Se la nostra risposta è negativa a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, le invieremo una dichiarazione scritta che spiega il motivo per cui abbiamo risposto negativamente e come può impugnare la nostra decisione.

**Scadenze per un ricorso standard su un farmaco che non ha ancora ricevuto**

- Per i ricorsi standard, dobbiamo fornirle la nostra risposta entro **7 giorni di calendario** dalla ricezione del suo ricorso. Le forniremo la nostra decisione prima se non ha ancora ricevuto il farmaco e le sue condizioni di salute lo richiedono.
  - Se non le comunichiamo una decisione entro 7 giorni di calendario, siamo tenuti a inviare la sua richiesta al Livello 2 della procedura di ricorso, dove sarà esaminata da un ente di revisione indipendente. La **Sezione 7.6** illustra la procedura di ricorso di Livello 2.
- **Se la nostra risposta è positiva a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, siamo tenuti a fornirle la copertura il più rapidamente possibile, ma non oltre **7 giorni di calendario** dalla ricezione del suo ricorso.
- **Se la nostra risposta è negativa a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, le invieremo una dichiarazione scritta che spiega il motivo per cui abbiamo risposto negativamente e come può impugnare la nostra decisione.

**Scadenze per un ricorso standard sul pagamento di un farmaco che ha già acquistato**

- Siamo tenuti a fornirle una risposta entro **14 giorni di calendario** dalla ricezione della sua richiesta.
  - Se non rispettiamo questa scadenza, siamo tenuti a inviare la sua richiesta al Livello 2 della procedura di ricorso, dove sarà esaminata da un'organizzazione di revisione indipendente.
- **Se la nostra risposta è positiva a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, siamo anche tenuti a effettuare il pagamento entro 30 giorni di calendario dal ricevimento della sua richiesta.
- **Se la nostra risposta è negativa a tutto o parte di ciò che ha richiesto**, le invieremo una dichiarazione scritta che spiega il motivo per cui abbiamo risposto negativamente. Le diremo anche come può presentare ricorso.

**Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)****Passaggio 4: Se rispondiamo negativamente al suo ricorso, decida se vuole continuare con la procedura di ricorso e presentare un altro ricorso.**

- Se decide di presentare un altro ricorso, significa che si passa al Livello 2 della procedura di ricorso.

**Termini legali**

Il nome formale dell'ente di revisione indipendente è **Independent Review Entity**. A volte viene chiamato **IRE**.

**L'organizzazione di revisione indipendente è un'organizzazione indipendente assunta da Medicare.**

Non è collegata a noi e non è un'agenzia governativa. Questa organizzazione decide se la decisione che abbiamo preso è corretta o se deve essere modificata. Medicare supervisiona il suo operato.

**Passaggio 1: Lei (o il suo rappresentante o il suo medico o altro medico prescrittore) deve contattare l'organizzazione di revisione indipendente e chiedere una revisione del suo caso.**

- Se rispondiamo negativamente al suo ricorso di Livello 1, l'avviso scritto che le invieremo includerà **le istruzioni su come presentare un ricorso di Livello 2** con l'organizzazione di revisione indipendente. Queste istruzioni indicheranno chi può presentare questo ricorso di Livello 2, quali scadenze è necessario rispettare e come contattare l'organizzazione di revisione indipendente.
- **La richiesta di appello deve essere presentata entro 65 giorni di calendario** dalla data dell'avviso scritto.
- Qualora non completassimo la nostra revisione entro il periodo di tempo applicabile o non prendessimo una decisione sfavorevole in merito alla determinazione **a rischio** nell'ambito del nostro programma di gestione dei farmaci, la sua richiesta verrà automaticamente inoltrata all'IRE.
- Invieremo le informazioni sul suo ricorso a questo ente. Queste informazioni sono chiamate **fascicolo**. **Lei ha il diritto di chiederci una copia del suo fascicolo.**
- Ha il diritto di fornire all'organizzazione indipendente di revisione ulteriori informazioni a sostegno del suo ricorso.

**Passaggio 2: L'organizzazione di revisione indipendente esamina il suo ricorso.**

I revisori dell'ente di revisione indipendente esamineranno attentamente tutte le informazioni correlate al suo ricorso.

**Termini per il ricorso veloce**

- Se la sua salute lo richiede, chiedi all'organizzazione di revisione indipendente un ricorso veloce.
- Se l'organizzazione accetta di fornirle un ricorso veloce, deve dare una risposta al suo ricorso di Livello 2 **entro 72 ore** dalla ricezione della sua richiesta di ricorso.

**Termini per il ricorso standard**

- Per i ricorsi standard, l'organizzazione di revisione deve fornire una risposta al suo ricorso di Livello 2 entro **7 giorni di calendario** dalla ricezione del suo ricorso, se si tratta di un farmaco che non ha ancora ricevuto. Se richiede il rimborso di un farmaco già acquistato, l'ente di revisione dovrà fornire una risposta al suo ricorso di Livello 2 entro **14 giorni di calendario** dalla ricezione della sua richiesta.

**Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)**

---

**Passaggio 3: L'organizzazione di revisione indipendente le dà la sua risposta.****Per ricorsi veloci:**

- **Se l'ente di revisione indipendente approva tutto o parte di ciò che ha richiesto**, dovremo fornirle la copertura del farmaco approvata dall'ente di revisione **entro 24 ore** dalla ricezione della decisione dell'ente di revisione indipendente.

**Per i ricorsi standard:**

- **Se l'organizzazione di revisione indipendente approva una parte o a tutta la sua richiesta di copertura**, dobbiamo **fornirle la copertura del farmaco** che è stata approvata dall'organizzazione di revisione **entro 72 ore** dalla ricezione della decisione da parte dell'organizzazione di revisione.
- **Se l'organizzazione di revisione indipendente approva una parte o a tutta la sua richiesta di rimborso** di un farmaco già acquistato, siamo tenuti a **inviarle il pagamento entro 30 giorni di calendario** dalla ricezione della decisione da parte dell'organizzazione di revisione.

**Cosa succede se l'organizzazione di revisione non approva il suo ricorso?**

**Se l'ente indipendente risponde negativamente a tutto o parte del suo ricorso**, significa che è d'accordo con la nostra decisione di non approvare la sua richiesta (o parte di essa). (Questa operazione viene chiamata **conferma della decisione** o **rifiuto del ricorso**). In questo caso, l'organizzazione di revisione indipendente le invierà una lettera che:

- Spiega la decisione.
- Le notifica il diritto a un ricorso di Livello 3 se il valore in dollari della copertura del farmaco soddisfa un certo minimo. Se il valore in dollari della copertura del farmaco richiesta è troppo bassa, non è possibile presentare un altro ricorso e la decisione di Livello 2 è definitiva.
- Indicare il valore in dollari che deve essere contestato per continuare con la procedura di ricorso.

**Passaggio 4: Se il suo caso soddisfa i requisiti, può scegliere se portare avanti il ricorso.**

- Ci sono 3 livelli aggiuntivi nel procedura di ricorso dopo il Livello 2 (per un totale di 5 livelli di ricorso). Se desidera passare a un ricorso di Livello 3, i dettagli su come farlo sono nell'avviso scritto che riceve dopo la decisione del ricorso di Livello 2.
- Il ricorso di livello 3 è gestito da un giudice di diritto amministrativo o da un avvocato arbitro. La **Sezione 10** contiene ulteriori dettagli sulla procedura per i ricorsi di Livello 3, 4 e 5.

---

**SEZIONE 8      Come chiederci di coprire un ricovero ospedaliero più lungo se ritiene di essere dimesso troppo presto**

---

Quando è ricoverato in ospedale, ha il diritto di ottenere tutti i servizi ospedalieri coperti che sono necessari per diagnosticare e curare la sua malattia o infortunio.

Durante la degenza in ospedale coperta, il medico e il personale ospedaliero collaboreranno con lei fino al giorno in cui lascerà l'ospedale. L'aiuteranno a organizzare le cure di cui potrebbe aver bisogno dopo la sua dimissione.

- Il giorno in cui lascia l'ospedale si chiama **data di dimissione**.
- Quando viene decisa la data di dimissione, il medico o il personale ospedaliero glielo comunicheranno.

**Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)**

---

- Se ritiene che le hanno chiesto di lasciare l'ospedale troppo presto, può richiedere una degenza in ospedale più lunga e la sua richiesta sarà presa in considerazione.

**Sezione 8.1 Durante la sua degenza in ospedale, riceverà un avviso scritto da Medicare che illustra i suoi diritti**

Entro 2 giorni di calendario dal ricovero in ospedale, le verrà dato un avviso scritto chiamato *Comunicazione importante da parte di Medicare sui suoi diritti*. Tutti coloro che hanno Medicare ricevono una copia di questo avviso.

Se non si riceve l'avviso da qualcuno in ospedale (ad esempio, un assistente sociale o un infermiere), chiedi a qualsiasi dipendente dell'ospedale. Se ha bisogno di assistenza, può chiamare il Servizio dei Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) o il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048).

**1. Legga attentamente questo avviso e chieda se non capisce qualcosa. Le comunica:**

- Il suo diritto di ricevere servizi coperti da Medicare durante e dopo la degenza in ospedale, come ordinato dal medico. Ciò include il diritto di sapere quali sono questi servizi, chi li pagherà e dove è possibile ottenerli.
- Il suo diritto di essere coinvolto in qualsiasi decisione relativa alla sua degenza in ospedale.
- Dove segnalare eventuali dubbi sulla qualità dell'assistenza ospedaliera.
- Il suo diritto di **richiedere una revisione immediata** della decisione di dimetterla se ritiene di essere stato dimesso dall'ospedale troppo presto. Questo è un modo formale e legale per chiedere un ritardo nella data di dimissione in modo da coprire l'assistenza ospedaliera per un periodo più lungo.

**2. Le verrà chiesto di firmare l'avviso scritto per dimostrare di averlo ricevuto e di comprendere i suoi diritti.**

- Lei o qualcuno che agisca per suo conto sarà invitato a firmare l'avviso.
- Firmando l'avviso dimostra **solo** che ha ricevuto le informazioni sui suoi diritti. L'avviso non indica la data di dimissione. Firmare l'avviso **non significa** che è d'accordo con una data di dimissione.

**3. Conservi la sua copia** dell'avviso in modo da avere le informazioni su come presentare ricorso (o segnalare una preoccupazione sulla qualità dell'assistenza) se ne avesse bisogno.

- Se firma l'avviso più di 2 giorni di calendario prima della data di dimissione, riceverà un'altra copia prima della data prevista per la dimissione.
- Per prendere visione di una copia di questo avviso in anticipo, può chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048. L'avviso può essere consultato anche online all'indirizzo [www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](http://www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im).

**Sezione 8.2 Come presentare un ricorso di Livello 1 per modificare la data di dimissione dall'ospedale**

Per richiedere la copertura dei servizi ospedalieri in regime di ricovero ospedaliero per un periodo più lungo, è necessario ricorrere alla procedura di ricorso. Prima di iniziare, capire cosa è necessario fare e quali sono le scadenze.

- **Segua la procedura**

## Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)

- **Rispetti i termini**
- **Chiedi aiuto se ne ha bisogno.** Se ha domande o necessita di assistenza, può chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711). Oppure può chiamare il suo State Health Insurance Assistance Program (SHIP) per un'assistenza personalizzata. Le informazioni di contatto dello SHIP sono disponibili nel Capitolo 2, Sezione 3.

**Durante un ricorso di Livello 1, l'Organizzazione per il miglioramento della qualità esamina il suo ricorso.** Verifica se la data di dimissione programmata è appropriata dal punto di vista medico.

L'**Organizzazione per il miglioramento della qualità** è un gruppo di medici e altri operatori sanitari professionali pagati dal governo federale per controllare e contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza per le persone con Medicare. Ciò include la revisione delle date di dimissione ospedaliera per le persone con Medicare. Questi esperti non sono parte del nostro piano.

**Passaggio 1: Contatti l'Organizzazione per il miglioramento della qualità per il proprio stato e chiedi una revisione immediata della dimissione ospedaliera. È necessario agire in fretta.**

**Come può contattare questa organizzazione?**

- L'avviso scritto che ha ricevuto (*Comunicazione importante da Medicare sui suoi diritti*) le spiega come contattare questa organizzazione. Oppure trovi il nome, l'indirizzo e il numero di telefono dell'Organizzazione per il miglioramento della qualità per il suo Stato nel Capitolo 2.

**Agisca rapidamente:**

- Per presentare ricorso, deve contattare l'Organizzazione per il miglioramento della qualità **prima** di lasciare l'ospedale e **non oltre la mezzanotte del giorno della dimissione**.
  - **Se rispetta questa scadenza**, può rimanere in ospedale **dopo** la data di dimissione **senza pagare** mentre attende la decisione dall'Organizzazione per il miglioramento della qualità.
  - **Se non rispetta questa scadenza, ci contatti.** Se decide di rimanere in ospedale dopo la data di dimissione pianificata, *potrebbe dover pagare tutti i costi* per l'assistenza ospedaliera che riceve dopo la data di dimissione pianificata.

Una volta richiesta una revisione immediata della dimissione ospedaliera, l'Organizzazione per il miglioramento della qualità ci contatterà. Entro mezzogiorno del giorno successivo a quello in cui siamo stati contattati, le forniremo un **Avviso di dimissione dettagliato**. Questo avviso indica la data di dimissione programmata e spiega in dettaglio i motivi per cui il medico, l'ospedale e riteniamo che sia giusto (dal punto di vista medico) che lei venga dimesso in quella data.

Può ottenere un esempio dell'**Avviso di dimissione dettagliato** chiamando il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) o il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.) Oppure può ottenere un esempio di avviso online all'indirizzo [www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im](http://www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im).

**Passaggio 2: L'Organizzazione per il miglioramento della qualità conduce una revisione indipendente del suo caso.**

- Gli operatori sanitari dell'Organizzazione per il miglioramento della qualità (i revisori) chiederanno a lei (o al suo rappresentante) perché ritiene che la copertura per i servizi debba continuare. Non è tenuto a preparare nulla di scritto, ma può farlo se lo desidera.

**Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)**

---

- I revisori esamineranno anche le sue informazioni mediche, parleranno con il suo medico e esamineranno le informazioni che noi e l'ospedale abbiamo fornito loro.
- Entro mezzogiorno del giorno successivo a quello in cui i revisori ci hanno comunicato il suo ricorso, riceverà un avviso scritto da parte nostra che indica la data di dimissione prevista. Questo avviso spiega anche in dettaglio i motivi per cui il medico, l'ospedale e noi riteniamo che sia giusto (dal punto di vista medico) che lei venga dimesso in quella data.

**Passaggio 3: Entro un giorno intero dal ricevimento di tutte le informazioni necessarie, l'Organizzazione per il miglioramento della qualità risponderà al suo ricorso.**

***Cosa succede se la risposta è positiva?***

- Se l'ente di revisione indipendente risponde positivamente, **dobbiamo continuare a fornirle i servizi di ricovero ospedaliero coperti per tutto il tempo in cui questi servizi sono necessari dal punto di vista medico.**
- Dovrà continuare a pagare la sua quota dei costi (come franchigie o copayment, se applicabili). Inoltre, potrebbero esserci limitazioni ai servizi ospedalieri coperti.

***Cosa succede se la risposta è negativa?***

- Se l'ente di revisione indipendente risponde negativamente, intende che la data di dimissione programmata è appropriata dal punto di vista medico. In tal caso, **la nostra copertura per i suoi servizi di ricovero ospedaliero terminerà** a mezzogiorno del giorno **successivo** alla risposta dell'Organizzazione per il miglioramento della qualità al suo ricorso.
- Se l'organizzazione di revisione risponde negativamente al suo ricorso e lei decide di rimanere in ospedale, allora **potrebbe dover pagare l'intero costo** dell'assistenza ospedaliera che riceve dopo mezzogiorno del giorno dopo che l'Organizzazione per il miglioramento della qualità ha risposto al suo ricorso.

**Passaggio 4: Se la risposta al suo ricorso di livello 1 è negativa, sta a lei decidere se vuole presentare un altro ricorso.**

- Se l'Organizzazione per il miglioramento della qualità ha risposto negativamente al suo ricorso e rimane in ospedale dopo la data di dimissione pianificata, può presentare un altro ricorso. Presentare un altro ricorso significa passare al Livello 2 della procedura di ricorso.

### **Sezione 8.3 Come presentare un ricorso di Livello 2 per modificare la data di dimissione dall'ospedale**

Durante un ricorso di Livello 2, chiedi all'Organizzazione per il miglioramento della qualità di dare un'altra occhiata alla sua decisione sul suo primo ricorso. Se l'Organizzazione per il miglioramento della qualità rifiuta il suo ricorso di livello 2, potrebbe dover pagare l'intero costo della degenza dopo la data di dimissione prevista.

**Passaggio 1: Contatti nuovamente l'Organizzazione per il miglioramento della qualità e chiedi un'altra revisione.**

- Deve chiedere questa revisione entro **60 giorni di calendario** dal giorno in cui l'Organizzazione per il miglioramento della qualità ha detto risposto negativamente al suo ricorso di Livello 1. Può chiedere questa revisione solo se è rimasto in ospedale dopo la data in cui è terminata la copertura per l'assistenza.

## Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)

---

### Passaggio 2: L'Organizzazione per il miglioramento della qualità effettua una seconda revisione della sua situazione.

- I revisori dell'Organizzazione per il miglioramento della qualità esamineranno attentamente tutte le informazioni relative al suo ricorso.

### Passaggio 3: Entro 14 giorni di calendario dal ricevimento della sua richiesta di ricorso di Livello 2, i revisori decideranno sul suo ricorso e le comunicheranno la loro decisione.

#### Se l'organizzazione di revisione indipendente risponde positivamente:

- **Dobbiamo rimborsarle** la nostra quota dei costi dell'assistenza ospedaliera che ha ricevuto da mezzogiorno del giorno successivo alla data in cui il suo primo ricorso è stato respinto dall'Organizzazione per il miglioramento della qualità. **Dobbiamo continuare a fornire copertura per il regime di ricovero ospedaliero per tutto il tempo necessario dal punto di vista medico.**
- Lei deve continuare a pagare la sua quota dei costi e potrebbero essere applicate delle limitazioni di copertura.

#### Se l'organizzazione di revisione indipendente risponde negativamente:

- Significa che sono d'accordo con la decisione che hanno preso sul suo ricorso di Livello 1.
- L'avviso che riceve le dirà per iscritto cosa può fare se vuole continuare con il processo di revisione.

### Passaggio 4: Se la risposta è negativa, dovrà decidere se vuole portare avanti il suo ricorso passando al Livello 3.

- Ci sono 3 livelli aggiuntivi nel procedura di ricorso dopo il Livello 2 (per un totale di 5 livelli di ricorso). Se desidera passare a un ricorso di Livello 3, i dettagli su come procedere sono contenuti nell'avviso scritto che riceverà dopo la decisione del ricorso di Livello 2.
- Il ricorso di livello 3 è gestito da un giudice di diritto amministrativo o da un avvocato arbitro. La **Sezione 10** contiene ulteriori dettagli sui Livelli 3, 4 e 5 della procedura di ricorso.

## SEZIONE 9 Come chiederci di continuare a coprire determinati servizi medici se ritiene che la sua copertura stia finendo troppo presto

---

Quando riceve **servizi sanitari a domicilio coperti, assistenza infermieristica qualificata o assistenza riabilitativa (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility)**, ha il diritto di continuare a ricevere i suoi servizi per quel tipo di assistenza per tutto il tempo necessario per diagnosticare e trattare la sua malattia o infortunio.

Qualora decidessimo che è il momento di interrompere la copertura di uno dei 3 tipi di assistenza per lei, saremo tenuti a comunicarglielo in anticipo. Al termine del relativo periodo di copertura, *interromperemo il pagamento per le sue cure.*

Se ritiene che stiamo interrompendo la copertura delle sue cure troppo presto, **può presentare ricorso contro la nostra decisione.** Questa sezione spiega come presentare ricorso.

**Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)****Sezione 9.1 Le comunicheremo in anticipo quando terminerà la copertura****Termine legale:**

**Avviso di non copertura Medicare.** Indica come può richiedere un **ricorso veloce**. Richiedere un ricorso veloce è un modo formale e legale per chiedere una modifica alla nostra decisione di copertura su quando interrompere la sua assistenza.

- 1. Riceverà un avviso scritto** almeno 2 giorni di calendario prima che il nostro piano interrompa la copertura delle sue cure. L'avviso le dice:
  - La data in cui interromperemo la copertura delle sue cure.
  - Come chiedere un ricorso veloce per richiederci di continuare a coprire la sua assistenza per un periodo di tempo più lungo.
- 2. Lei, o qualcuno che agisca per suo conto, sarà invitato a firmare l'avviso scritto per dimostrare di averla ricevuta.** La firma dell'avviso dimostra *solo* che ha ricevuto le informazioni su quando terminerà la copertura. **Firmarlo non significa che è d'accordo** con la decisione del nostro piano di interrompere le cure.

**Sezione 9.2 Come fare un ricorso di Livello 1 per far sì che il nostro piano copra la sua assistenza per un tempo più lungo**

Se desidera chiederci di coprire la sua assistenza per un periodo di tempo più lungo, dovrà utilizzare la procedura di ricorso per presentare questa richiesta. Prima di iniziare, capire cosa è necessario fare e quali sono le scadenze.

- **Segua la procedura**
- **Rispetti i termini**
- **Chieda aiuto se ne ha bisogno.** Se ha domande o necessita di assistenza, può chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711). Oppure chiami il suo State Health Insurance Assistance Program (SHIP) per una assistenza personalizzata. Le informazioni di contatto dello SHIP sono disponibili nel Capitolo 2, Sezione 3.

**Durante un ricorso di Livello 1, l'Organizzazione per il miglioramento della qualità esamina il suo ricorso.** Decide se la data di fine delle cure è appropriata dal punto di vista medico.

L'**Organizzazione per il miglioramento della qualità** è un gruppo di medici e altri esperti operatori sanitari pagati dal governo federale per controllare e contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza per le persone con Medicare. Ciò include la revisione delle decisioni del piano su quando è il momento di smettere di coprire determinati tipi di assistenza medica. Questi esperti non sono parte del nostro piano.

**Passaggio 1: Presenti il suo ricorso di livello 1: contatti l'Organizzazione per il miglioramento della qualità e chiedi un ricorso veloce. È necessario agire in fretta.**

**Come può contattare questa organizzazione?**

- L'avviso scritto che ha ricevuto (*Avviso di non copertura Medicare*) le dice come contattare questa organizzazione. Oppure trovi il nome, l'indirizzo e il numero di telefono dell'Organizzazione per il miglioramento della qualità per il suo Stato nel Capitolo 2.

## Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)

### **Agisca rapidamente:**

- Deve contattare l'Organizzazione per il miglioramento della qualità per avviare il ricorso **entro mezzogiorno del giorno precedente la data di entrata in vigore** dell'Avviso di non copertura Medicare.
- Se non rispetta la scadenza e vuole presentare un ricorso, ha ancora il diritto di ricorrere. Contatti l'Organizzazione per il miglioramento della qualità.

### **Passaggio 2: L'Organizzazione per il miglioramento della qualità conduce una revisione indipendente del suo caso.**

#### **Termine legale:**

**Spiegazione dettagliata della non copertura.** Avviso che fornisce dettagli sui motivi della cessazione della copertura.

#### **Cosa succede durante questa revisione?**

- Gli operatori sanitari dell'Organizzazione per il miglioramento della qualità (i revisori) chiederanno a lei, o al suo rappresentante, perché ritiene che la copertura per i servizi debba continuare. Non è tenuto a preparare nulla di scritto, ma può farlo se lo desidera.
- L'organizzazione di revisione indipendente esaminerà anche la sua anamnesi, parlerà con il suo medico e esaminerà le informazioni che il nostro piano ha fornito loro.
- Entro la fine della giornata i revisori ci comunicano il suo ricorso, riceverà da noi la **Spiegazione dettagliata della non copertura** che spiega in dettaglio le nostre ragioni per terminare la nostra copertura per i suoi servizi.

### **Passaggio 3: Entro un giorno intero dal ricevimento di tutte le informazioni di cui hanno bisogno, i revisori le comunicheranno la loro decisione.**

#### **Cosa succede se i revisori rispondono positivamente?**

- Se i revisori rispondono *positivamente* al suo ricorso, allora **dovremo continuare a fornire i servizi coperti per tutto il tempo necessario dal punto di vista medico.**
- Dovrà continuare a pagare la sua quota dei costi (come franchigie o copayment, se applicabili). Potrebbero esserci limitazioni sui servizi coperti.

#### **Cosa accade se i revisori rispondono negativamente?**

- Se i revisori *rispondono negativamente*, **la sua copertura terminerà nella data che le abbiamo comunicato.**
- Se decide di continuare a ricevere l'assistenza sanitaria a domicilio, l'assistenza in una struttura di cura qualificata o i servizi CORF (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility) **dopo** questa data al termine della copertura, **allora dovrà pagare l'intero costo** di questa assistenza per conto suo.

### **Passaggio 4: Se la risposta al suo ricorso di livello 1 è negativa, sta a lei decidere se vuole presentare un altro ricorso.**

- Se i revisori rispondono negativamente al suo ricorso di Livello 1 e lei sceglie di continuare a ricevere assistenza dopo che la sua copertura per l'assistenza è terminata, allora potrà presentare un ricorso di Livello 2.

**Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)****Sezione 9.3 Come fare un ricorso di Livello 2 per far sì che il nostro piano copra la sua assistenza per un tempo più lungo**

Durante un ricorso di livello 2, chiedi all'Organizzazione per il miglioramento della qualità di rivedere la decisione sul tuo primo ricorso. Se l'Organizzazione per il miglioramento della qualità respinge il tuo ricorso di Livello 2, potrebbe dover pagare l'intero costo per l'assistenza sanitaria a domicilio, l'assistenza in una struttura di cura qualificata o i servizi di riabilitazione ambulatoriale CORF (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility) **dopo** la data in cui abbiamo dichiarato che la sua copertura sarebbe terminata.

**Passaggio 1: Contatti nuovamente l'Organizzazione per il miglioramento della qualità e chiedi un'altra revisione.**

- Deve chiedere questa revisione **entro 60 giorni di calendario** dal giorno in cui l'Organizzazione per il miglioramento della qualità ha risposto negativamente al suo ricorso di Livello 1. Può richiedere questa revisione solo se ha continuato a ricevere assistenza dopo la data in cui è terminata la copertura per l'assistenza.

**Passaggio 2: L'Organizzazione per il miglioramento della qualità effettua una seconda revisione della sua situazione.**

- I revisori dell'Organizzazione per il miglioramento della qualità esamineranno attentamente tutte le informazioni relative al suo ricorso.

**Passaggio 3: Entro 14 giorni di calendario dal ricevimento della sua richiesta di ricorso, i revisori decideranno sul suo ricorso e le comunicheranno la loro decisione.*****Cosa succede se l'organizzazione di revisione indipendente risponde positivamente?***

- **Dobbiamo rimborsarle** la nostra quota dei costi delle cure che ha ricevuto dalla data in cui abbiamo dichiarato che la sua copertura sarebbe terminata. **Dobbiamo continuare** a fornire la copertura per l'assistenza per tutto il tempo necessario dal punto di vista medico.
- È necessario continuare a pagare la propria quota dei costi e potrebbero essere applicate limitazioni di copertura.

***Cosa succede se l'organizzazione di revisione indipendente risponde negativamente?***

- Significa che sono d'accordo con la decisione presa sul suo ricorso di livello 1.
- L'avviso che riceve le dirà per iscritto cosa può fare se vuole continuare con il processo di revisione. Le fornirà i dettagli su come passare al livello successivo di ricorso, che viene gestito da un giudice di diritto amministrativo o da un giudice avvocato arbitro.

**Passaggio 4: Se la risposta è negativa, dovrà decidere se vuole portare avanti il suo ricorso.**

- Ci sono 3 livelli aggiuntivi di ricorso dopo il Livello 2, per un totale di 5 livelli di ricorso. Se desidera passare a un ricorso di Livello 3, i dettagli su come procedere sono contenuti nell'avviso scritto che riceverà dopo la decisione del ricorso di Livello 2.
- Il ricorso di livello 3 è gestito da un giudice di diritto amministrativo o da un avvocato arbitro. La **Sezione 10** di questo capitolo contiene ulteriori dettagli sul processo per i ricorsi di Livello 3, 4 e 5.

**Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)**

---

**SEZIONE 10 Portare il suo ricorso ai Livelli 3, 4 e 5**

---

**Sezione 10.1 Livelli di ricorso 3, 4 e 5 per Richieste di Servizio Medico**

Questa sezione potrebbe essere giusta per lei se ha presentato un ricorso di Livello 1 e un ricorso di Livello 2 ed entrambi i suoi ricorsi sono stati respinti.

Se il valore in dollari dell'articolo o del servizio medico oggetto del ricorso soddisfa determinati livelli minimi, potrà passare a ulteriori livelli di ricorso. Se il valore in dollari è inferiore al livello minimo, non potrà presentare ulteriori ricorsi. La risposta scritta ricevuta per il ricorso di Livello 2 spiegherà come presentare un ricorso di Livello 3.

Per la maggior parte delle situazioni che comportano ricorsi, gli ultimi 3 livelli di appello funzionano più o meno allo stesso modo dei primi 2 livelli. Ecco chi gestisce la revisione del suo ricorso a ciascuno di questi livelli.

**Ricorso di Livello 3**

Un **giudice di diritto amministrativo** o un avvocato arbitro che lavora per il governo federale esaminerà il suo ricorso e le darà una risposta.

- **Se il giudice di diritto amministrativo o l'avvocato arbitro accettano il ricorso, la procedura di ricorso potrebbe o meno essere terminata.** A differenza di una decisione di ricorso di Livello 2, abbiamo il diritto di appellarci a una decisione di Livello 3 a lei favorevole. Se decidessimo di ricorrere in appello, il ricorso sarebbe di Livello 4.
  - Se decidessimo di *non* presentare ricorso, saremmo tenuti ad autorizzare o fornire l'assistenza medica entro 60 giorni di calendario dal ricevimento della decisione del giudice di diritto amministrativo o dell'avvocato arbitro.
  - Se decidiamo di appellarci alla decisione, le invieremo una copia della richiesta di appello di Livello 4 con tutti i documenti di accompagnamento. Possiamo attendere la decisione di appello di livello 4 prima di autorizzare o fornire l'assistenza medica oggetto della controversia.
- **Se il giudice di diritto amministrativo o l'avvocato arbitro rifiuta il ricorso, la procedura di ricorso potrebbe o meno essere terminata.**
  - Se decide di accettare questa decisione che rifiuta il ricorso, la procedura di ricorso è terminata.
  - Se non desidera accettare la decisione, può passare al livello successivo del processo di revisione. L'avviso che riceve le dirà cosa fare per un ricorso di livello 4.

**Ricorso di Livello 4**

Il Consiglio per i ricorsi Medicare (**Medicare Appeals Council**) (Consiglio) esaminerà il suo ricorso e le fornirà una risposta. Il Consiglio fa parte del Governo Federale.

- **Se la risposta è positiva, o se il Consiglio nega la nostra richiesta di rivedere una decisione favorevole di ricorso di livello 3, la procedura di ricorso potrebbe o meno essere terminata.** A differenza di una decisione di livello 2, abbiamo il diritto di appellarci a una decisione di livello 4 che le è favorevole. Decideremo se appellarci a questa decisione al Livello 5.
  - Se decidiamo di *non* presentare ricorso contro la decisione, dobbiamo autorizzare o fornire l'assistenza medica entro 60 giorni di calendario dalla ricezione della decisione del Consiglio.
  - Se decidessimo di presentare ricorso contro tale decisione, glielo comunicheremo per iscritto.

## Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)

- **Se la risposta è negativa o se il Consiglio nega la richiesta di revisione, la procedura di ricorso potrebbe o meno essere terminata.**
  - Se decide di accettare questa decisione che rifiuta il ricorso, la procedura di ricorso è terminata.
  - Se non desidera accettare la decisione, potrebbe poter passare al livello del processo di revisione successivo. Se il Consiglio risponde negativamente al suo ricorso, l'avviso che riceve le dirà se le regole Le consentono di passare a un ricorso di Livello 5 e come continuare con un ricorso di Livello 5.

### Ricorso di Livello 5

Un giudice della **Corte Distrettuale Federale** esaminerà il suo ricorso.

- Un giudice esaminerà tutte le informazioni e deciderà se *accettare* o *meno* la sua richiesta. Questa è una risposta definitiva. Non ci sono ulteriori livelli di ricorso dopo la Corte Distrettuale Federale.

## Sezione 10.2 Ulteriori ricorsi Medicaid

Ha anche altri diritti di ricorso se il suo ricorso riguarda servizi o articoli che di solito Medicaid copre. Nella lettera che riceve dal Fair Hearing Office troverà informazioni su cosa fare se desidera continuare la procedura di ricorso.

## Sezione 10.3 Livelli di ricorso 3, 4 e 5 per le richieste di farmaci della Parte D

Questa sezione potrebbe essere giusta per lei se ha presentato un ricorso di Livello 1 e un ricorso di Livello 2 ed entrambi i suoi ricorsi sono stati respinti.

Se il valore del farmaco che ha presentato ricorso soddisfa un certo importo in dollari, potrebbe essere in grado di passare a ulteriori livelli di ricorso. Se l'importo in dollari è inferiore, non è più possibile presentare ricorso. La risposta scritta che riceve al suo ricorso di Livello 2 le spiegherà chi contattare e cosa fare per chiedere un ricorso di livello 3.

Per la maggior parte delle situazioni che comportano ricorsi, gli ultimi 3 livelli di appello funzionano più o meno allo stesso modo dei primi 2 livelli. Ecco chi gestisce la revisione del suo ricorso a ciascuno di questi livelli.

Ricorso di Livello 3

**Un giudice di diritto amministrativo o un avvocato arbitro che lavora per il governo federale** esaminerà il suo ricorso e le darà una risposta.

- **Se la risposta è positiva, la procedura di ricorso è terminata.** Dobbiamo **autorizzare o fornire la copertura del farmaco** che è stata approvata dal giudice di diritto amministrativo o dall'avvocato arbitro entro **72 ore (24 ore per i ricorsi accelerati) o effettuare il pagamento entro e non oltre 30 giorni di calendario** dalla ricezione della decisione.
- **Se il giudice di diritto amministrativo o l'avvocato arbitro rifiuta il ricorso, la procedura di ricorso potrebbe o meno essere terminata.**
  - Se decide di accettare questa decisione che rifiuta il ricorso, la procedura di ricorso è terminata.
  - Se non desidera accettare la decisione, può passare al livello successivo del processo di revisione. L'avviso che riceve le dirà cosa fare per un ricorso di livello 4.

**Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)**

## Ricorso di Livello 4

Il Consiglio per i ricorsi Medicare (**Medicare Appeals Council**) (Consiglio) esaminerà il suo ricorso e le fornirà una risposta. Il Consiglio fa parte del Governo Federale.

- **Se la risposta è positiva, la procedura di ricorso è terminata.** Dobbiamo **autorizzare o fornire la copertura del farmaco** che è stata approvata dal Consiglio entro **72 ore (24 ore per i ricorsi accelerati) o effettuare il pagamento entro e non oltre 30 giorni di calendario** dalla ricezione della decisione.
- **Se la risposta è negativa o se il Consiglio nega la richiesta di revisione, la procedura di ricorso potrebbe o meno essere terminata.**
  - Se decide di accettare questa decisione che rifiuta il ricorso, la procedura di ricorso è terminata.
  - Se non desidera accettare la decisione, potrebbe poter passare al livello del processo di revisione successivo. Se il Consiglio risponde negativamente al suo ricorso, l'avviso che riceve le dirà se le regole Le consentono di passare a un ricorso di Livello 5 e come continuare con un ricorso di Livello 5.

## Ricorso di Livello 5

Un giudice della **Corte Distrettuale Federale** esaminerà il suo ricorso.

- Un giudice esaminerà tutte le informazioni e deciderà se accettare o meno la sua richiesta. Questa è una risposta definitiva. Non ci sono ulteriori livelli di ricorso dopo la Corte Distrettuale Federale.

---

**Presentare un reclamo**


---

**SEZIONE 11 Come presentare un reclamo sulla qualità dell'assistenza, sui tempi di attesa, sul servizio clienti o su altre preoccupazioni**


---

**Sezione 11.1 Che tipo di problemi vengono gestiti dal procedimento di reclamo**

Il procedimento di reclamo viene utilizzato *solo* per determinati tipi di problemi. Ciò include problemi relativi alla qualità dell'assistenza, ai tempi di attesa e al servizio clienti ricevuto. Ecco alcuni esempi dei tipi di problemi gestiti dal processo di reclamo.

<b>Reclamo</b>	<b>Esempio</b>
<b>Qualità dell'assistenza medica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non è soddisfatto della qualità dell'assistenza ricevuta (comprese le cure in ospedale)?</li> </ul>
<b>Rispetto della sua privacy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualcuno non ha rispettato il suo diritto alla privacy o ha condiviso informazioni riservate?</li> </ul>
<b>Mancanza di rispetto, servizio clienti scadente o altri comportamenti negativi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualcuno è stato scortese o irrispettoso nei suoi confronti?</li> <li>• Non è soddisfatto del nostro Servizio per i Membri?</li> <li>• Si sente incoraggiato a lasciare il piano?</li> </ul>

**Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)**

Reclamo	Esempio
<b>Tempi di attesa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha problemi a ottenere un appuntamento o sta aspettando troppo a lungo per ottenerlo?</li> <li>• È stato tenuto in attesa troppo a lungo da medici, farmacisti o altri operatori sanitari? Dal nostro Servizio per i Membri o da altro personale del piano? <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Gli esempi includono l'attesa troppo lunga al telefono, nella sala d'attesa o d'esame o l'ottenimento di una prescrizione.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Pulizia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non è soddisfatto della pulizia o delle condizioni di una clinica, di un ospedale o di uno studio medico?</li> </ul>
<b>Informazioni che riceve da noi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non Le abbiamo dato il preavviso richiesto?</li> <li>• Le nostre informazioni scritte sono difficili da comprendere?</li> </ul>
<b>Tempestività</b> (Questi tipi di reclami sono correlati alla tempestività delle nostre azioni relative alle decisioni e ricorsi riguardanti la copertura)	<p>Se ha richiesto una decisione sulla copertura o ha presentato un ricorso e ritiene che non stiamo rispondendo abbastanza rapidamente, può presentare un reclamo sulla nostra lentezza. Ecco alcuni esempi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ci ha chiesto una <i>decisione di copertura veloce</i> o un <i>ricorso veloce</i> e abbiamo risposto negativamente; può presentare un reclamo.</li> <li>• Ritiene che non stiamo rispettando le scadenze per le decisioni o i ricorsi sulla copertura; può presentare un reclamo.</li> <li>• Ritiene che non stiamo rispettando le scadenze per la copertura o il rimborso di determinati articoli o servizi medici o farmaci che sono stati approvati; può presentare un reclamo.</li> <li>• Ritiene che non abbiamo rispettato le scadenze richieste per l'inoltro del suo caso all'organizzazione di revisione indipendente; può presentare un reclamo.</li> </ul>

**Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)****Sezione 11.2 Come presentare un reclamo****Termini legali:**

Un **reclamo** è indicato anche come **contestazione**.

L'espressione **fare un reclamo** è indicata come **presentare una contestazione**.

L'espressione **Utilizzare la procedura per i reclami** è indicata anche come **utilizzare la procedura per presentare una contestazione**.

Un reclamo veloce è indicato come **contestazione accelerata**.

**Passaggio 1: Ci contatti tempestivamente, telefonicamente o per iscritto.**

- **Chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440** (gli utenti TTY possono chiamare il **711**) di solito è il primo passo. Se c'è qualcos'altro che deve fare, il Servizio per i Membri glielo farà sapere.
- **Se non vuole chiamare (o ha chiamato e non è soddisfatto), può presentare il suo reclamo per iscritto e inviarcelo.** Se presenta il suo reclamo per iscritto, risponderemo per iscritto.
- Cercheremo di risolvere il suo reclamo al telefono. Se chiede una risposta scritta, presenta un reclamo scritto o il suo reclamo è relativo alla qualità dell'assistenza, Le risponderemo per iscritto. Se non siamo in grado di risolvere il suo reclamo per telefono, abbiamo una procedura formale per esaminare i suoi reclami. Lo chiamiamo il nostro processo di reclamo dei Soci.
- Lei, o il suo rappresentante autorizzato, ha il diritto di presentare un reclamo accelerato ogni volta che Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) prende una proroga nel prendere una decisione di determinazione o riconsiderazione dell'organizzazione, o quando rifiutiamo una richiesta di accelerare una determinazione o riconsiderazione dell'organizzazione. (Non possiamo accettare una proroga quando si prende una decisione sulla copertura o si decide che un ricorso coinvolge un farmaco della Parte B o della Parte D.) Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) risponderà a tali reclami entro (24) ore dal ricevimento.
- Dobbiamo affrontare il suo reclamo il più rapidamente possibile in base al suo stato di salute, ma non oltre 30 giorni dalla ricezione del suo reclamo. Possiamo estendere il periodo di tempo fino a 14 giorni se ci chiede la proroga o se abbiamo bisogno di ulteriori informazioni e il ritardo è nel suo interesse.
- **Che decida di chiamare o scrivere, dovrà contattare subito il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440** (gli utenti TTY possono chiamare il **711**). Può presentare il reclamo in qualsiasi momento dopo aver esposto il suo reclamo.

**Passaggio 2: Esaminiamo il suo reclamo e le diamo la nostra risposta.**

- **Se possibile, le risponderemo subito.** Se ci chiama con un reclamo, potremmo essere in grado di darle una risposta nell'ambito della stessa telefonata.
- **La maggior parte dei reclami riceve risposta entro 30 giorni di calendario.** Se avessimo bisogno di ulteriori informazioni e il ritardo fosse nel suo interesse o se ci chiedesse più tempo, potremmo impiegare fino a 14 giorni di calendario in più (44 giorni di calendario in totale) per rispondere al suo reclamo. Se decidessimo di prenderci giorni in più, glielo comunicheremo per iscritto.

**Capitolo 9: Cosa fare in caso di problemi o reclami (decisioni, ricorsi e reclami)**

---

- **Se sta presentando un reclamo perché abbiamo rifiutato la sua richiesta di una decisione di copertura veloce o un ricorso veloce, le invieremo automaticamente un reclamo veloce.** Se ha un reclamo veloce, significa che le daremo una **risposta entro 24 ore.**
- **Se non condividiamo** in tutto o in parte il reclamo o non ci assumiamo la responsabilità per il problema oggetto del suo reclamo, includeremo le nostre ragioni nella nostra risposta.

**Sezione 11.3 È inoltre possibile presentare reclami sulla qualità dell'assistenza all'Organizzazione per il miglioramento della qualità**

Se il suo reclamo riguarda la **qualità dell'assistenza**, ha anche 2 opzioni aggiuntive:

- **Può presentare il suo reclamo direttamente all'Organizzazione per il miglioramento della qualità.** L'Organizzazione per il miglioramento della qualità è un gruppo di medici praticanti e altri esperti sanitari pagati dal governo federale per controllare e migliorare l'assistenza fornita ai pazienti Medicare. Il capitolo 2 contiene le informazioni di contatto.

*Oppure*

- **Può presentare il suo reclamo sia all'Organizzazione per il miglioramento della qualità che a noi allo stesso tempo.**

**Sezione 11.4 Può anche informare Medicare e Medicaid del suo reclamo**

È possibile presentare un reclamo su Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) direttamente a Medicare. Per presentare un reclamo a Medicare, visiti il sito [www.Medicare.gov/my/medicare-complaint](http://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint). Può anche chiamare il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY/TDD possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

**Capitolo 10: Cessazione dell'iscrizione al nostro piano**

---

# CAPITOLO 10:

## Cessazione dell'iscrizione al nostro piano

### SEZIONE 1 Come cessare l'iscrizione al nostro piano

---

La cessazione della sua iscrizione a Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) può essere **volontaria** (a sua scelta) o **involontaria** (non a sua scelta):

- Potrebbe uscire dal nostro piano perché ha deciso che vuole lasciarlo. Le Sezioni 2 e 3 forniscono informazioni sulla cessazione volontaria dell'iscrizione.
- Ci sono anche situazioni limite in cui lei non sceglie di andarsene, ma siamo noi tenuti a terminare la sua iscrizione. La Sezione 5 le spiega le situazioni in cui dobbiamo terminare la sua iscrizione.

Se sta lasciando il nostro piano, il piano deve continuare a fornirle assistenza medica e farmaci su prescrizione e lei continuerà a pagare la partecipazione ai costi fino al termine dell'iscrizione.

### SEZIONE 2 Quando può terminare la sua iscrizione al nostro piano?

---

#### Sezione 2.1 Potrebbe terminare la sua iscrizione perché dispone di Medicare e Medicaid

- La maggior parte delle persone con Medicare può terminare la propria iscrizione solo in determinati periodi dell'anno. Poiché è iscritto a Medicaid, può terminare la sua adesione al nostro piano scegliendo una delle seguenti opzioni Medicare in qualsiasi mese dell'anno:
  - Original Medicare *con* un piano per farmaci su prescrizione Medicare separato,
  - Original Medicare *senza* un piano per farmaci su prescrizione Medicare separato (se sceglie questa opzione e riceve Extra Help, Medicare può iscrivere a un piano per farmaci, a meno che abbia scelto di non iscriversi automaticamente), o
  - Se idoneo, un D-SNP integrato che fornisce le prestazioni e i servizi Medicare e la maggior parte o tutti i servizi Medicaid in un unico piano.

**Nota:** se lei termina l'iscrizione alla copertura dei farmaci Medicare, non riceve più Extra Help e rimane senza una copertura farmaceutica accreditabile 63 giorni o più, potrebbe essere necessario pagare una penale per l'iscrizione tardiva alla Parte D se aderisce successivamente a un piano per i farmaci Medicare.

- Può chiamare State Medicaid Office al numero (833) 671-0440 per informazioni sulle opzioni dei piani Medicaid.
- Altre opzioni di piani sanitari Medicare sono disponibili durante il **Periodo di iscrizione aperta**. La Sezione 2.2 fornisce ulteriori informazioni sul Periodo di iscrizione aperta.
- **La sua iscrizione di solito termina il primo giorno del mese successivo alla ricezione della sua richiesta di modificare i suoi piani.** Anche la sua iscrizione al suo nuovo piano inizierà in tale giorno.

## Capitolo 10: Cessazione dell'iscrizione al nostro piano

---

### Sezione 2.2 È possibile disdire l'iscrizione durante il Periodo di iscrizione aperta

Può terminare la sua iscrizione durante il **periodo di iscrizione aperta** ogni anno. Durante questo periodo, riveda la sua copertura sanitaria e farmacologica e decida in merito alla copertura per l'anno successivo.

- Il **Periodo di iscrizione aperta** va dal **15 ottobre al 7 dicembre**.
- **Scegliere di mantenere la copertura attuale o apportare modifiche alla copertura per l'anno successivo.** Se si decide di passare a un nuovo piano, è possibile scegliere uno dei seguenti tipi di piani:
  - Un altro piano sanitario Medicare, con o senza copertura dei farmaci.
  - Original Medicare *con* un piano farmacologico Medicare separato
  - Original Medicare *senza* un piano farmacologico Medicare separato
  - Se idoneo, un D-SNP integrato che fornisce le prestazioni e i servizi Medicare e la maggior parte o tutti i servizi Medicaid in un unico piano.

**Riceve Extra Help da Medicare per pagare i suoi farmaci su prescrizione:** se passa a Original Medicare e non si iscrive a un piano per farmaci su prescrizione Medicare separato, Medicare può iscrivere a un piano farmacologico, a meno che lei non abbia rinunciato all'iscrizione automatica.

**Nota:** se lei termina l'iscrizione alla copertura dei farmaci Medicare, non riceve più Extra Help e rimane senza una copertura farmaceutica accreditabile per 63 giorni o più consecutivi, potrebbe essere necessario pagare una penale per l'iscrizione tardiva alla Parte D se aderisce successivamente a un piano farmacologico Medicare.

- **La sua iscrizione terminerà con il nostro piano** quando la copertura del suo nuovo piano inizierà il 1° gennaio.

### Sezione 2.3 È possibile terminare l'iscrizione durante il Periodo di iscrizione aperta di Medicare Advantage

Può apportare *una* modifica alla sua copertura sanitaria durante il **Periodo di iscrizione aperta Medicare Advantage** ogni anno.

- Il **Periodo di iscrizione aperta a Medicare Advantage** è dal 1° gennaio al 31 marzo e anche per i nuovi beneficiari di Medicare iscritti a un piano MA, dal mese in cui hanno diritto alla Parte A e alla Parte B fino all'ultimo giorno del 3° mese di diritto.
- Durante il **Periodo di iscrizione aperta Medicare Advantage** è possibile:
  - Passare a un altro piano Medicare Advantage con o senza copertura dei farmaci.
  - Disiscriversi dal nostro piano e ottenere la copertura tramite Original Medicare. Se si sceglie di passare a Original Medicare durante questo periodo, è possibile anche aderire a un piano farmacologico Medicare separato allo stesso momento.
- **La sua iscrizione terminerà** il primo giorno del mese dopo l'iscrizione a un piano Medicare Advantage diverso o dopo che avremo ricevuto la sua richiesta di passare a Original Medicare. Se si sceglie anche di iscriversi a un piano farmacologico Medicare, l'adesione al piano farmacologico inizierà il primo giorno del mese successivo alla ricezione della richiesta di iscrizione.

## Capitolo 10: Cessazione dell'iscrizione al nostro piano

### Sezione 2.4 In determinate situazioni, è possibile terminare l'iscrizione durante un Periodo di iscrizione speciale

In determinate situazioni, potrebbe avere diritto a terminare la sua iscrizione in altri periodi dell'anno. Questo è noto come **Periodo di iscrizione speciale**.

Potrebbe essere idoneo a **terminare l'iscrizione durante un periodo di iscrizione speciale** se si verifica una delle seguenti situazioni. Questi sono solo esempi. Per l'elenco completo, può contattare il nostro piano chiamando Medicare o visitare il sito [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

- Di solito, quando si trasferisce
- Se ha New York Medicaid
- Se ha diritto ad Extra Help per il pagamento delle sua copertura dei farmaci Medicare
- Se violiamo il contratto stipulato con lei
- Se riceve assistenza in un istituto, come una casa di cura o un ospedale di assistenza a lungo termine (LTC)
- Se si iscrive al Programma di assistenza onnicomprensiva per gli anziani (PACE).
- **Nota:** Se fa parte di un programma di gestione dei farmaci, potrebbe avere diritto solo a determinati Periodi di iscrizione speciali. Il Capitolo 5, Sezione 10, le dice di più sui programmi di gestione dei farmaci.
- **Nota:** La Sezione 2.1 fornisce ulteriori informazioni sul Periodo di iscrizione speciale per le persone con Medicaid.

**I periodi di iscrizione** variano a seconda della situazione.

**Per sapere se è idoneo per un Periodo di iscrizione speciale**, chiami Medicare al numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048. Se ha diritto a terminare la sua iscrizione a causa di una situazione speciale, può scegliere di modificare sia la copertura sanitaria Medicare che la copertura dei farmaci. È possibile scegliere:

- Un altro piano sanitario Medicare con o senza copertura dei farmaci,
- Original Medicare *con* un piano farmacologico Medicare separato,
- Original Medicare *senza* un piano farmacologico Medicare separato.
- Se idoneo, un D-SNP integrato che fornisce le prestazioni e i servizi Medicare e la maggior parte o tutti i servizi Medicaid in un unico piano.

**Nota:** Se lei termina l'iscrizione alla copertura dei farmaci Medicare, non riceve più Extra Help e rimane senza una copertura farmaceutica accreditabile per 63 giorni o più consecutivi, potrebbe essere necessario pagare una penale per l'iscrizione tardiva alla Parte D se aderisce successivamente a un piano farmacologico Medicare.

**Se riceve Extra help da Medicare per pagare i suoi farmaci coperti:** Se passa a Original Medicare e non si iscrive a un piano farmacologico Medicare separato, Medicare può iscrivere a un piano farmacologico, a meno che non rinunci all'iscrizione automatica.

**La sua iscrizione di solito termina** il primo giorno del mese successivo alla ricezione della sua richiesta di modificare il suo piano.

**Nota:** le sezioni 2.1 e 2.2 forniscono ulteriori informazioni sul periodo di iscrizione speciale per le persone con Medicaid ed Extra Help.

**Capitolo 10: Cessazione dell'iscrizione al nostro piano****Sezione 2.5 Dove ottenere maggiori informazioni su quando può terminare la sua iscrizione**

In caso di domande sulla cessazione dell'iscrizione, può:

- **Chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711).**
- Trovare le informazioni nel manuale *Medicare & You 2026*.
- Chiamare **Medicare** al numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (gli utenti TTY possono chiamare il 1-877-486-2048).

**SEZIONE 3 Come terminare l'iscrizione al nostro piano**

La tabella seguente spiega come terminare l'iscrizione al nostro piano.

<b>Per passare dal nostro piano a:</b>	<b>Ecco cosa fare:</b>
Un altro piano sanitario Medicare	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iscrivere al nuovo piano sanitario Medicare.</li> <li>• L'iscrizione a Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) sarà cancellata automaticamente quando inizierà la copertura del suo nuovo piano.</li> </ul>
Original Medicare <i>con</i> un piano farmacologico Medicare separato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iscrivere al nuovo piano farmacologico Medicare.</li> <li>• L'iscrizione a Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) sarà cancellata automaticamente quando inizierà la copertura del suo nuovo piano farmacologico.</li> </ul>
Original Medicare <i>senza</i> un piano farmacologico Medicare separato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ci invii una richiesta scritta per annullare la registrazione.</b> Per ulteriori informazioni su come procedere, può chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711).</li> <li>• In alternativa può chiamare <b>Medicare</b> al numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) e chiedere di cancellare l'iscrizione. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.</li> <li>• All'inizio della copertura in Original Medicare, la sua iscrizione a Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) verrà cancellata.</li> </ul>

**Nota:** se lei termina l'iscrizione alla copertura dei farmaci Medicare, non riceve più Extra Help e rimane senza una copertura farmaceutica accreditabile per 63 giorni o più consecutivi, potrebbe essere necessario pagare una penale per l'iscrizione tardiva alla Parte D se aderisce successivamente a un piano farmacologico Medicare.

Per domande sulle prestazioni Medicaid, può contattare New York Medicaid al numero (800) 505-5678, il Dipartimento di previdenza sociale di Nassau County al numero (516) 227-7474, il Dipartimento di previdenza sociale di Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond County al numero (718) 557-1399, il

## Capitolo 10: Cessazione dell'iscrizione al nostro piano

---

Dipartimento di previdenza sociale di Orange County al numero (845) 291-4000, Human Resources Administration/il Dipartimento di previdenza sociale di Rockland County al numero (845) 364-3040 o il Dipartimento di previdenza sociale di Westchester County al numero (914) 995-3333, dal lunedì al venerdì, dalle 8:30 a.m. alle 8 p.m., il sabato dalle 10 a.m. alle 6 p.m. Chieda come l'adesione a un altro piano o il ritorno a Original Medicare influisce sulla copertura Medicaid.

### SEZIONE 4 Fino al termine della sua iscrizione, dovrà continuare a ricevere i suoi articoli medici, servizi e farmaci attraverso il nostro piano

---

Fino al termine della sua iscrizione a Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) e all'inizio della sua nuova copertura Medicare, deve continuare a ricevere i suoi articoli medici, servizi e farmaci da prescrizione attraverso il nostro piano.

- **Continui a utilizzare i nostri fornitori convenzionati per ricevere assistenza medica.**
- **Continui a utilizzare le nostre farmacie convenzionate per le sue prescrizioni.**
- **Se viene ricoverato in ospedale il giorno in cui termina la sua iscrizione, la sua degenza in ospedale sarà coperta dal nostro piano fino alla sua dimissione** (anche se viene dimesso dopo l'inizio della sua nuova copertura sanitaria).

### SEZIONE 5 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) deve terminare la sua adesione al nostro piano in determinate situazioni

---

**Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) dovrà terminare la sua iscrizione al piano se si verifica una delle seguenti condizioni:**

- Se non avesse più Medicare Part A e Part B.
- Se non è più idoneo per Medicaid. Come indicato nel Capitolo 1, Sezione 2.1, il nostro piano è rivolto a persone idonee sia per Medicare che per Medicaid. Se Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) stabilisce che lei non soddisfa più i requisiti di idoneità *speciali*, riceverà una lettera di notifica che indica il motivo dell'eventuale annullamento dell'iscrizione. Avrà quindi a disposizione 6 mesi (180 giorni) dalla data della lettera per chiedere una riconsiderazione della sua idoneità all'adesione al Piano.
- Se esce dalla nostra area di servizio.
- Se si allontana dalla nostra area di servizio per più di 6 mesi.
  - Se si trasferisce o fa un lungo viaggio, chiami il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) per scoprire se la meta del suo trasferimento o viaggio si trova nell'area di competenza del nostro piano.
- Se venisse arrestato (andasse in carcere).
- Se non fosse più cittadino degli Stati Uniti o legalmente residente negli Stati Uniti.
- Se mentisse o nascondesse informazioni su un'altra assicurazione che ha e che fornisce una copertura dei farmaci.
- Se ci fornisse intenzionalmente informazioni errate quando si iscrive al nostro piano e tali informazioni influiscono sulla sua idoneità al nostro piano. (Non possiamo obbligarla ad abbandonare il nostro piano per questo motivo a meno che non otteniamo prima il permesso da Medicare.)

**Capitolo 10: Cessazione dell'iscrizione al nostro piano**

---

- Se si comportasse continuamente in un modo incongruo e rendesse difficile per noi fornire assistenza medica a lei e agli altri membri del nostro piano. (Non possiamo obbligarla ad abbandonare il nostro piano per questo motivo a meno che non otteniamo prima il permesso da Medicare.)
- Se consentisse a qualcun altro di utilizzare la sua tessera di iscrizione per ricevere assistenza medica. (Non possiamo obbligarla ad abbandonare il nostro piano per questo motivo a meno che non otteniamo prima il permesso da Medicare.)
  - Se interrompessimo la sua iscrizione per questo motivo, Medicare potrebbe far indagare il suo caso dall'Ispettore Generale.
- Se le viene richiesto di pagare l'importo extra della Parte D a causa del suo reddito e non lo paga, Medicare la cancellerà dal nostro piano.

Se ha domande o vuole maggiori informazioni su quando possiamo porre fine alla sua iscrizione, chiami il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711).

**Sezione 5.1 Non possiamo chiederle di abbandonare il nostro piano per motivi di salute**

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) non è autorizzata a chiederle di abbandonare il nostro piano per motivi di salute.

**Che cosa si deve fare in tal caso?**

Se ritiene che le stiamo chiedendo di abbandonare il nostro piano per un motivo legato alla salute, chiami Medicare al numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

**Sezione 5.2 Ha il diritto di presentare un reclamo se interrompiamo la sua iscrizione al nostro piano**

Se interrompiamo la sua iscrizione al nostro piano, dobbiamo comunicarle per iscritto le nostre ragioni per terminare la sua iscrizione. Dobbiamo anche spiegare come può presentare un reclamo o presentare un reclamo sulla nostra decisione di terminare la sua iscrizione.

**Capitolo 11: Avvisi legali**

---

# CAPITOLO 11:

## Avvisi legali

### **SEZIONE 1**      **Informativa sul diritto applicabile**

---

La legge principale che si applica a questo documento di Prova di copertura è il titolo XVIII del Social Security Act e le normative create ai sensi del Social Security Act dai Centri per i servizi Medicare e Medicaid, o CMS. Inoltre, potrebbero applicarsi altre leggi federali e, in determinate circostanze, le leggi dello stato in cui vivi. Ciò potrebbe influire sui suoi diritti e responsabilità anche se le leggi non sono incluse o spiegate in questo documento.

### **SEZIONE 2**      **Informativa sulla non discriminazione**

---

**Non discriminiamo** in base a razza, etnia, origine nazionale, colore, religione, sesso, età, disabilità mentale o fisica, stato di salute, esperienza nei sinistri, anamnesi, informazioni genetiche, prove di assicurabilità o posizione geografica all'interno dell'area di servizio. Tutte le organizzazioni che forniscono piani Medicare Advantage, come il nostro piano, devono rispettare le leggi federali contro la discriminazione, incluso il Titolo VI del Civil Rights Act del 1964, il Rehabilitation Act del 1973, l'Age Discrimination Act del 1975, l'Americans with Disabilities Act, la Sezione 1557 dell'Affordable Care Act, tutte le altre leggi che si applicano alle organizzazioni che ricevono finanziamenti federali e qualsiasi altra legge e regola che si applica per qualsiasi altro motivo.

Se desidera ulteriori informazioni o ha dubbi sulla discriminazione o sul trattamento ingiusto, la preghiamo di chiamare l'**Office for Civil Rights** (Ufficio per i diritti civili) del Department of Health and Human Services al numero 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o l'Ufficio locale per i diritti civili. Può anche consultare le informazioni dell'Office for Civil Rights del Department of Health and Human Services all'indirizzo [www.HHS.gov/ocr/index.html](http://www.HHS.gov/ocr/index.html).

Se ha una disabilità e ha bisogno di assistenza per accedere alle cure, può chiamare il Servizio per i Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711). In caso di reclami, ad esempio, problemi con l'accesso in sedia a rotelle, il Servizio per i Membri possono aiutarla.

### **SEZIONE 3**      **Informativa sui diritti di surrogazione del Pagatore Secondario Medicare**

---

Abbiamo il diritto e la responsabilità di riscuotere per i servizi Medicare coperti per i quali Medicare non è il principale pagatore. Secondo i regolamenti CMS di 42 CFR sezioni 422.108 e 423.462, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), in qualità di Medicare Advantage Organization, eserciterà gli stessi diritti di recupero che il Segretario esercita ai sensi dei regolamenti CMS nelle sottoparti da B a D della parte 411 di 42 CFR e le regole stabilite in questa sezione sostituiscono qualsiasi legge statale.

**Capitolo 12: Definizioni**

---

## CAPITOLO 12: Definizioni

**Centro chirurgico ambulatoriale** - Un centro chirurgico ambulatoriale è un'entità che opera esclusivamente allo scopo di fornire servizi chirurgici ambulatoriali a pazienti che non necessitano di ricovero e la cui permanenza prevista nel centro non supera le 24 ore.

**Ricorso** - Un ricorso è una misura a cui ricorre se non è d'accordo con la nostra decisione di rifiutare una richiesta di copertura di servizi di assistenza sanitaria o farmaci su prescrizione o di pagamento per servizi o farmaci che ha già ricevuto. Può inoltre presentare ricorso se non è d'accordo con la nostra decisione di interrompere i servizi che sta ricevendo.

**Periodo di prestazione** - Il modo in cui sia il nostro piano che Original Medicare misurano il suo utilizzo dei servizi ospedalieri e delle strutture di assistenza infermieristica qualificate (SNF). Un periodo di prestazione inizia il giorno in cui si entra in un ospedale o in una struttura di assistenza infermieristica qualificata. Il periodo di prestazione termina quando non ha ricevuto alcun regime di ricovero ospedaliero (o assistenza qualificata in una struttura di cura qualificata) per 60 giorni consecutivi. Se si va in un ospedale o in una struttura di assistenza infermieristica qualificata dopo la fine di un periodo di prestazione, inizia un nuovo periodo di prestazione. Non ci sono limiti al numero di periodi di prestazione.

**Prodotto biologico** - Un farmaco su prescrizione ottenuto da fonti naturali e viventi come cellule animali, cellule vegetali, batteri o lieviti. I prodotti biologici sono più complessi di altri farmaci e non possono essere copiati esattamente, quindi le forme alternative sono chiamate biosimilari. (veda anche “**Prodotto biologico originale**” e “**Biosimilare**”).

**Biosimilare** - Un prodotto biologico molto simile, ma non identico, al prodotto biologico originale. I biosimilari sono sicuri ed efficaci come il prodotto biologico originale. Alcuni biosimilari possono essere sostituiti al prodotto biologico originale in farmacia senza bisogno di una nuova prescrizione (Veda “**Biosimilare intercambiabile**”).

**Farmaco di marca** - Un farmaco soggetto a prescrizione che viene prodotto e venduto dalla società farmaceutica che lo ha originariamente studiato e sviluppato. I farmaci di marca hanno la stessa formula dell'ingrediente attivo della versione generica del farmaco. Tuttavia, i farmaci generici sono prodotti e venduti da altri produttori di farmaci e non sono generalmente disponibili fino alla scadenza del brevetto sul farmaco di marca.

**Fase di copertura catastrofica** - La fase della prestazione Parte D per i farmaci che inizia quando lei (o altre parti qualificate per suo conto) ha speso \$2,100 per i farmaci coperti dalla Parte D durante l'anno di copertura.

**Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)**- Agenzia federale che amministra Medicare.

**Compartecipazione**- Un importo che potrebbe essere tenuto a pagare, espresso in percentuale (ad esempio il 20%) come quota di partecipazione ai costi per servizi o farmaci su prescrizione.

## Capitolo 12: Definizioni

---

**Reclamo** - La denominazione formale per effettuare un reclamo è **presentare una contestazione**. La procedura di reclamo viene utilizzata solo per determinati tipi di problemi. Ciò include problemi relativi alla qualità dell'assistenza, ai tempi di attesa e al servizio clienti che riceve. Include anche i reclami se il suo piano non osserva il periodo di tempo della procedura di ricorso.

**Struttura di riabilitazione ambulatoriale completa (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)** - Struttura che fornisce principalmente servizi di riabilitazione dopo una malattia o un infortunio, tra cui fisioterapia, servizi sociali o psicologici, terapia respiratoria, terapia occupazionale e servizi di patologia del linguaggio e servizi di valutazione dell'ambiente domestico.

**Copayment (o copay)** - Importo che potrebbe essere richiesto di pagare come quota del costo per un servizio o una fornitura medica, come una visita medica, una visita ambulatoriale in ospedale o un farmaco soggetto a prescrizione medica. Un Contributo al pagamento è un importo fisso (ad esempio \$10), piuttosto che una percentuale.

**Partecipazione ai costi** - La partecipazione ai costi si riferisce agli importi che il membro deve pagare quando i servizi o i farmaci sono condivisi. La partecipazione ai costi include qualsiasi combinazione dei seguenti 3 tipi di pagamento: (1) qualsiasi importo deducibile che un piano può imporre prima che i servizi o i farmaci siano coperti; (2) qualsiasi importo fisso di contributo al pagamento che un piano richiede quando viene ricevuto un servizio o un farmaco specifico; o (3) qualsiasi importo di franchigia assicurativa, una percentuale dell'importo totale pagato per un servizio o un farmaco che un piano richiede quando viene ricevuto un servizio o un farmaco specifico.

**Livello di partecipazione ai costi** - Ogni farmaco presente nell'elenco dei farmaci coperti in uno dei sei (6) livelli di partecipazione ai costi. In generale, più alto è il livello di partecipazione ai costi, più alto è il costo del farmaco.

**Determinazione della copertura** - Una decisione sul fatto che un farmaco prescritto per lei sia coperto dal piano e l'importo, se del caso, che deve pagare per la prescrizione. In generale, se porta la sua prescrizione in una farmacia e quest'ultima le dice che la prescrizione non è coperta dal nostro piano, non si tratta di una determinazione della copertura. Deve chiamare o scrivere al nostro piano per chiedere una decisione formale sulla copertura. Le determinazioni di copertura sono chiamate decisioni di copertura nel presente documento.

**Farmaci coperti** - Il termine che usiamo per indicare tutti i farmaci da coperti dal nostro piano.

**Servizi coperti** - Il termine che usiamo per indicare tutti i servizi e le forniture di assistenza sanitaria coperti dal nostro piano.

**Copertura dei farmaci su prescrizione accreditabile** - Copertura dei farmaci su prescrizione (ad esempio, da un datore di lavoro o da un sindacato) che dovrebbe pagare, in media, almeno quanto la copertura standard dei farmaci su prescrizione di Medicare. Le persone che hanno questo tipo di copertura quando diventano idonee per Medicare possono generalmente mantenere tale copertura senza pagare una penale se decidono di iscriversi alla copertura dei farmaci su prescrizione Medicare in un secondo momento.

**Assistenza custodiale** - Assistenza personale fornita in una casa di cura, in un hospice o in un'altra struttura quando non si ha bisogno di assistenza medica qualificate o assistenza infermieristica qualificata. L'assistenza custodiale, fornita da persone che non hanno competenze o formazione professionale, comprende l'aiuto nelle attività della vita quotidiana come lavarsi, vestirsi, mangiare, salire o scendere da un letto o da una sedia, spostarsi e usare il bagno. Può anche includere il tipo di assistenza sanitaria che la maggior parte delle persone fa da sé, come l'uso di colliri. Medicare non rimborsa l'assistenza custodiale.

## Capitolo 12: Definizioni

---

**Tariffa giornaliera di partecipazione ai costi** - Una tariffa giornaliera di partecipazione ai costi può essere applicata quando il medico prescrive meno di un mese di fornitura di determinati farmaci per lei e deve versare un Contributo al pagamento. Una tariffa giornaliera di partecipazione ai costi è il Contributo al pagamento diviso per il numero di giorni nella fornitura di un mese. Ecco un esempio: Se il suo copayment per la fornitura di un mese di un farmaco è di \$30 e la fornitura di un mese nel suo piano è di 30 giorni, la sua tariffa giornaliera di partecipazione ai costi sarà di \$1 al giorno.

**Cancellazione o Annullamento dell'iscrizione** - Il processo di cessazione della sua iscrizione al nostro piano.

**Piani Dual Eligible Special Needs Plan, (D-SNP)** - I D-SNP iscrivono individui che hanno diritto sia a Medicare (titolo XVIII del Social Security Act) che all'assistenza medica da un piano statale nell'ambito di Medicaid (titolo XIX). Gli Stati coprono alcuni o tutti i costi Medicare, a seconda dello Stato e dell'idoneità dell'individuo.

**Individui doppiamente idonei** - Una persona che ha diritto alla copertura Medicare e Medicaid.

**Apparecchiature mediche durevoli (DME)** - Alcune attrezzature mediche che vengono ordinate dal medico per motivi medici. Esempi includono deambulatori, sedie a rotelle, stampelle, sistemi di materassi motorizzati, forniture per diabetici, pompe per infusione endovenosa, dispositivi di generazione vocale, apparecchiature per l'ossigeno, nebulizzatori o letti ospedalieri ordinati da un fornitore per essere utilizzati a domicilio.

**Emergenza** - Un'emergenza medica è quando lei, o qualsiasi altro soggetto non esperto, con una conoscenza media della salute e della medicina, ritiene di avere sintomi medici che richiedono un'attenzione medica immediata per evitare la perdita della vita (e, se si tratta di una donna incinta, la perdita di un bambino non ancora nato), la perdita di un arto, o la perdita della funzione di un arto, o la perdita o la grave compromissione di una funzione corporea. I sintomi medici possono essere una malattia, una lesione, un forte dolore o una condizione medica che sta rapidamente peggiorando.

**Cure di emergenza** - Servizi coperti che sono: 1) forniti da un fornitore qualificato per fornire servizi di emergenza; e 2) necessari per trattare, valutare o stabilizzare una condizione medica di emergenza.

**Prova di copertura (EOC) e informazioni sulla divulgazione** - Questo documento, insieme al modulo di iscrizione e a qualsiasi altro allegato, utente o altra copertura facoltativa selezionata, spiega la copertura, i nostri obblighi, i suoi diritti e cosa deve fare come membro del nostro piano.

**Deroga** - Un tipo di decisione di copertura che, se approvata, consente di ottenere un farmaco che non è nel nostro prontuario (una deroga al prontuario) o di ottenere un farmaco non preferenziale a un livello di partecipazione ai costi inferiore (una deroga alla classificazione). Può anche richiedere un'eccezione se il nostro piano richiede di provare un altro farmaco prima di ricevere il farmaco che sta richiedendo, nel caso in cui il piano richieda un'autorizzazione preventiva per un farmaco e desideri rinunciare alla restrizione dei criteri, o se il nostro piano limita la quantità o il dosaggio del farmaco che sta richiedendo (una deroga al prontuario).

**Extra Help** - Un programma Medicare per aiutare le persone con reddito e risorse limitati a pagare i costi del piano per farmaci su prescrizione Medicare, come premi, franchigie e compartecipazione.

**Farmaco generico** - Un farmaco soggetto a prescrizione approvato dalla FDA avente lo stesso principio attivo del farmaco di marca. Generalmente, un farmaco generico funziona allo stesso modo di un farmaco di marca e di solito costa meno.

## Capitolo 12: Definizioni

---

**Assistente sanitario a domicilio**- Una persona che fornisce servizi che non richiedono le competenze di un infermiere o terapeuta autorizzato, come l'aiuto per la cura personale (ad esempio, fare il bagno, usare il bagno, vestirsi o eseguire gli esercizi prescritti).

**Hospice** - Una prestazione che prevede un trattamento speciale per un membro che è stato certificato dal punto di vista medico come malato terminale, il che significa avere un'aspettativa di vita di 6 mesi o meno. Il nostro piano deve fornirle un elenco di strutture hospice nella sua area geografica. Se sceglie l'hospice e continua a pagare i premi, è ancora membro del nostro piano. Può comunque ottenere tutti i servizi medici necessari e le prestazioni supplementari che offriamo.

**Degenza ospedaliera** - Una degenza in ospedale quando è stato formalmente ricoverato in ospedale per servizi medici qualificati. Anche se lei resta per una notte in ospedale, potrebbe comunque essere considerato un paziente ambulatoriale.

**Importo di rettifica mensile correlato al reddito (IRMAA)** - Se il reddito lordo rettificato modificato come riportato nella dichiarazione dei redditi dell'IRS di 2 anni fa è superiore a un determinato importo, pagherà l'importo del premio standard e un importo di rettifica mensile relativo al reddito, noto anche come IRMAA. L'IRMAA è un costo aggiuntivo aggiunto al suo premio. Meno del 5% delle persone con Medicare ne sono interessate, quindi la maggior parte delle persone non pagherà un premio più elevato.

**Fase di copertura iniziale** - È la fase che precede il raggiungimento della soglia di spese vive per l'anno.

**Periodo di iscrizione iniziale** - Quando si è idonei per la prima volta a Medicare, il periodo di tempo in cui è possibile iscriversi a Medicare Part A e Part B. Se si è idonei a Medicare quando si compiono 65 anni, il Periodo di iscrizione iniziale è il periodo di 7 mesi che inizia 3 mesi prima del mese in cui si compiono 65 anni, include il mese in cui si compiono 65 anni e termina 3 mesi dopo il mese in cui si compiono 65 anni.

**D-SNP integrato** - Un D-SNP che copre Medicare e la maggior parte o tutti i servizi Medicaid nell'ambito di un unico piano sanitario per alcuni gruppi di persone che hanno diritto sia a Medicare che a Medicaid. Queste persone sono note anche come persone con diritto a prestazioni complete.

**Vertenza integrata**- Un tipo di reclamo da lei presentato in merito al nostro piano, ai nostri fornitori o alle nostre farmacie, inclusi i reclami relativi alla qualità delle sue cure. Ciò non comporta controversie di copertura o di pagamento.

**Biosimilare intercambiabile** - Un biosimilare che può essere utilizzato in farmacia come sostituto di un prodotto biosimilare originale senza bisogno di una nuova prescrizione perché soddisfa requisiti aggiuntivi relativi alla possibilità di sostituzione automatica. La sostituzione automatica in farmacia è soggetta alla legge statale.

**Elenco dei farmaci coperti (prontuario o Elenco dei farmaci)** - Un elenco dei farmaci su prescrizione coperti dal piano.

**Sovvenzione per basso reddito (LIS)** - Vedere Extra Help.

**Programma di sconti del produttore** - Un programma in base al quale i produttori di farmaci pagano una parte del costo totale del piano per i farmaci di marca e i farmaci biologici coperti dalla Parte D. Gli sconti si basano su accordi tra il governo federale e i produttori di farmaci.

**Importo massimo di spese vive**- L'importo massimo che paga di tasca propria durante l'anno solare per i servizi coperti della Parte A e della Parte B. Gli importi pagati per i premi del nostro piano, i premi Medicare Part A e Part B e dei farmaci su prescrizione non vengono conteggiati ai fini del massimale di spese vive. Se è idoneo a ricevere l'assistenza alla partecipazione ai costi di Medicare nell'ambito di Medicaid, non è

## Capitolo 12: Definizioni

---

responsabile del pagamento di alcuna spesa per il massimale di spese vive per i servizi coperti della Parte A e della Parte B. (**Nota:** poiché i nostri membri ottengono anche l'assistenza di Medicaid, sono pochissimi quelli che raggiungono questo massimale di spese vive.)

**Medicaid (o assistenza medica)** - Un programma federale e statale congiunto che aiuta alcune persone con redditi bassi e risorse limitate a sostenere le spese mediche. I programmi Medicaid statali variano, ma la maggior parte dei costi sanitari sono coperti se si è idonei sia per Medicare che per Medicaid.

**Indicazione medicalmente accettata** - Un uso di un farmaco approvato dalla FDA o supportato da determinati riferimenti, come l'American Hospital Formulary Service Drug Information e il sistema informativo Micromedex DRUGDEX.

**Necessario dal punto di vista medico** - Servizi, forniture o farmaci necessari per la prevenzione, la diagnosi o il trattamento della sua condizione medica e che soddisfano gli standard accettati della pratica medica.

**Medicare** - Il programma federale di assicurazione sanitaria per le persone di età pari o superiore a 65 anni, alcune persone di età inferiore ai 65 anni con determinate disabilità e le persone con malattia renale allo stadio terminale (generalmente quelle con insufficienza renale permanente che necessitano di dialisi o di un trapianto di rene).

**Periodo di iscrizione aperto a Medicare Advantage** - Il periodo di tempo dal 1° gennaio al 31 marzo in cui i membri di un piano Medicare Advantage possono annullare l'iscrizione al piano e passare a un altro piano Medicare Advantage o ottenere la copertura tramite Original Medicare. Se si sceglie di passare a Original Medicare durante questo periodo, è possibile anche aderire a un piano per farmaci su prescrizione Medicare separato in quel momento. Il Periodo di iscrizione aperta Medicare Advantage è disponibile anche per un periodo di 3 mesi dopo che un individuo è idoneo per Medicare.

**Piano Medicare Advantage (MA)** - A volte chiamato Medicare Part C. Un piano offerto da una società privata che stipula un contratto con Medicare per fornire tutte le prestazioni Medicare Part A e Part B. Un piano Medicare Advantage può essere i) un HMO, ii) un PPO, iii) un piano Private Fee-for-Service (PFFS) o iv) un piano Medicare Medical Savings Account (MSA). Oltre a scegliere tra questi tipi di piani, un piano Medicare Advantage HMO o PPO può anche essere uno Special Needs Plan (SNP). Nella maggior parte dei casi, i piani Medicare Advantage offrono anche Medicare Part D (copertura dei farmaci su prescrizione). Questi piani sono chiamati Piani **Medicare Advantage Plans with Prescription Drug coverage**.

**Servizi coperti da Medicare** - Servizi coperti da Medicare Part A e Part B. Tutti i piani sanitari Medicare devono coprire tutti i servizi coperti da Medicare Part A e B. Il termine Servizi coperti da Medicare non include prestazioni aggiuntive, come quelle per la vista, l'odontoiatria o l'udito, che un piano Medicare Advantage può offrire.

**Piano sanitario Medicare** - Un piano sanitario Medicare è offerto da una società privata che stipula contratti con Medicare per fornire prestazioni di Parte A e Parte B alle persone con Medicare che si iscrivono al piano. Questo termine include tutti i piani Medicare Advantage, i piani di costo Medicare, i piani per esigenze speciali, i programmi dimostrativi/pilota e i programmi di assistenza onnicomprensiva per gli anziani (PACE).

**Medicare Drug Coverage (Medicare Part D)** - Assicurazione per aiutare a pagare farmaci su prescrizione ambulatoriali, vaccini, prodotti biologici e alcune forniture non coperte da Medicare Part A o Part B.

**Polizza Medigap (Medicare Supplement Insurance)** - Assicurazione integrativa Medicare venduta da compagnie di assicurazione private per colmare le lacune in Original Medicare. Le politiche Medigap funzionano solo con Original Medicare. (Un piano Medicare Advantage non è una polizza Medigap.)

## Capitolo 12: Definizioni

---

**Membro (membro del nostro piano o membro del piano)** - Una persona con Medicare che ha diritto a ottenere servizi coperti, che si è iscritta al nostro piano e la cui iscrizione è stata confermata dai Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

**Servizio per i Membri** - Un dipartimento all'interno del nostro piano responsabile di rispondere alle sue domande sulla sua iscrizione, sulle prestazioni, sulle vertenze e sui ricorsi.

**Farmacia convenzionata** - Una farmacia convenzionata con il nostro piano, presso la quale i membri del nostro piano possono ottenere le prestazioni di prescrizione di farmaci. Nella maggior parte dei casi, le sue prescrizioni sono coperte solo se vengono effettuate presso una delle nostre farmacie di rete.

**Fornitore convenzionato - Fornitore** È il termine generale per medici, altri operatori sanitari, ospedali e altre strutture sanitarie autorizzate o certificate da Medicare e dallo Stato per fornire servizi di assistenza sanitaria. **I fornitori convenzionati** hanno un accordo con il nostro piano per accettare il nostro pagamento come pagamento completo e, in alcuni casi, per coordinare e fornire servizi coperti ai membri del nostro piano. I fornitori convenzionati sono anche chiamati **fornitori del piano**.

**Determinazione dell'organizzazione** - Una decisione presa dal nostro piano in merito alla copertura di articoli o servizi o a quanto deve pagare per gli articoli o i servizi coperti. Le determinazioni dell'organizzazione sono chiamate decisioni sulla copertura in questo documento.

**Prodotto biologico originale** - Un prodotto biologico che è stato approvato dalla FDA e che serve da termine di paragone per i produttori che realizzano una versione biosimilare. Viene anche chiamato prodotto di riferimento.

**Original Medicare (Medicare tradizionale o Medicare Fee-for-Service)** - Original Medicare è offerto dal governo e non è un piano sanitario privato come i piani Medicare Advantage e i piani di prescrizione medica. Nell'ambito di Original Medicare, i servizi Medicare sono coperti pagando a medici, ospedali e altri fornitori di assistenza sanitaria gli importi di pagamento stabiliti dal Congresso. È possibile consultare qualsiasi medico, ospedale o altro fornitore di assistenza sanitaria che accetti Medicare. È necessario pagare la franchigia. Medicare paga la sua quota dell'importo approvato da Medicare e lei paga la sua quota. Original Medicare è composto da 2 parti: La Parte A (Assicurazione ospedaliera) e la Parte B (Assicurazione medica) e sono disponibili in tutti gli Stati Uniti.

**Farmacia non convenzionata** - Una farmacia che non ha un contratto con il nostro piano per coordinare o fornire farmaci coperti ai membri del nostro piano. La maggior parte dei farmaci che riceve da farmacie esterne alla rete non sono coperti dal nostro piano a meno che non si applichino determinate condizioni.

**Fornitore non convenzionato o struttura non convenzionata** - Un fornitore o una struttura che non ha un contratto con il nostro piano per coordinare o fornire servizi coperti ai membri del nostro piano. I fornitori non convenzionati sono fornitori che non sono dipendenti, di proprietà o gestiti dal nostro piano.

**Spese vive** - Consultare la definizione per la partecipazione ai costi in alto. Il requisito di partecipazione ai costi di un membro per pagare una parte dei servizi o dei farmaci ricevuti è anche indicato come requisito di spese vive del membro.

**Soglia di spese vive** - L'importo massimo che lei paga di tasca propria per i farmaci della Parte D.

**Piano PACE** - Un piano PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) combina servizi e supporti medici, sociali e a lungo termine (LTSS) per le persone fragili per aiutarle a rimanere indipendenti e a vivere nella loro comunità (invece di trasferirsi in una casa di cura) il più a lungo possibile. Le persone iscritte ai piani PACE ricevono sia le loro prestazioni Medicare che Medicaid attraverso il nostro piano.

## Capitolo 12: Definizioni

---

**Parte C** - Veda il piano Medicare Advantage (MA).

**Parte D** - il programma volontario Medicare Prescription Drug Benefit.

**Farmaci della Parte D** - Farmaci che possono essere coperti dalla Parte D. Possiamo offrire o meno tutti i farmaci della Parte D. Alcune categorie di farmaci sono state escluse dalla copertura della Parte D da parte del Congresso. Alcune categorie di farmaci della Parte D devono essere coperte da ogni piano.

**Penale per l'iscrizione tardiva alla Parte D** - Un importo aggiunto al premio mensile del piano per la copertura dei farmaci Medicare se non dispone di una copertura valida (copertura per cui dovrebbe pagare, in media, almeno quanto paga per la copertura dei farmaci standard Medicare) per un periodo continuo di 63 giorni o più dalla prima idoneità di partecipazione a un piano Parte D. Se perde Extra Help, potrebbe essere soggetto alla penale per l'iscrizione tardiva se trascorre 63 giorni o più di fila senza la Parte D o altra copertura di farmaci.

**Premio**- Il pagamento periodico a Medicare, a una compagnia assicurativa o a un piano di assistenza sanitaria per la copertura sanitaria o dei farmaci su prescrizione medica.

**Medico di base (PCP)** - Il medico o altro fornitore che consulta per primo nella maggior parte dei problemi di salute. In molti piani sanitari Medicare, è necessario consultare il proprio medico di base prima di consultare qualsiasi altro fornitore di assistenza sanitaria.

**Autorizzazione preventiva** - L'approvazione ricevuta in anticipo per ottenere servizi o determinati farmaci. I servizi coperti che necessitano di un'autorizzazione preventiva sono contrassegnati nella Tabella delle prestazioni mediche nel Capitolo 4. I farmaci coperti che necessitano di autorizzazione preventiva sono indicati nel formulario e i nostri criteri sono pubblicati sul nostro sito web.

**Protesi e ortottica** - Dispositivi medici tra cui, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, tutori per braccia, schiena e collo; arti artificiali; occhi artificiali; e dispositivi necessari per sostituire una parte o una funzione interna del corpo, tra cui forniture per stomia e terapia nutrizionale enterale e parenterale.

**Organizzazione per il miglioramento della qualità (QIO)** - Un gruppo di medici praticanti e altri esperti sanitari pagati dal governo federale per controllare e migliorare l'assistenza fornita ai pazienti Medicare.

**Limiti di quantità** - Uno strumento di gestione progettato per limitare l'uso di un farmaco per motivi di qualità, sicurezza o utilizzo. I limiti possono riguardare la quantità del farmaco che copriamo per prescrizione o per un periodo di tempo definito.

**“Strumento per le prestazioni in tempo reale”** - Un portale o un'applicazione informatica in cui gli iscritti possono cercare informazioni sui benefici complete, accurate, tempestive, clinicamente appropriate e specifiche per l'iscritto. Ciò include importi di partecipazione ai costi, farmaci del prontuario alternativi che possono essere utilizzati per la stessa condizione di salute di un determinato farmaco e restrizioni di copertura (autorizzazione preventiva, terapia a fasi, limiti di quantità) che si applicano ai farmaci alternativi.

**Servizi di riabilitazione** - Questi servizi comprendono cure riabilitative ambulatoriali, fisioterapia (ambulatoriale), logopedia e terapia occupazionale.

**Area di servizio** - Un'area geografica in cui è necessario vivere per aderire a un particolare piano sanitario. Per i piani che limitano quali medici e ospedali è possibile utilizzare, è anche generalmente l'area in cui è possibile ottenere servizi di routine (non di emergenza). Il piano dovrà terminare la sua iscrizione se esce definitivamente dall'area di servizio del piano.

## Capitolo 12: Definizioni

---

**Assistenza in una struttura di assistenza infermieristica qualificata (SNF)** Servizi di assistenza infermieristica qualificata e riabilitazione qualificati forniti su base - e continua e quotidiana, in una struttura di assistenza infermieristica qualificata. Esempi di assistenza includono fisioterapia o iniezioni endovenose che possono essere somministrate solo da un infermiere o un medico registrato.

**Piano per esigenze speciali** - Un tipo speciale di piano Medicare Advantage che fornisce un'assistenza sanitaria più mirata a gruppi specifici di persone, come coloro che hanno sia Medicare che Medicaid, che risiedono in una casa di cura o che hanno determinate condizioni mediche croniche.

**Terapia a fasi** - Uno strumento di utilizzo che richiede di provare un altro farmaco per trattare la sua condizione medica prima di coprire il farmaco che il suo medico potrebbe aver inizialmente prescritto.

**Reddito di sicurezza supplementare (SSI)** - Una prestazione mensile pagata dal Social Security a persone con reddito e risorse limitati che sono disabili, ciechi o di età pari o superiore a 65 anni. Le prestazioni SSI non sono le stesse delle prestazioni del Social Security.

**Servizi di urgente necessità** - Un servizio coperto dal piano che richiede un'attenzione medica immediata ma non costituisce un'emergenza è considerato un servizio urgente se il paziente si trova temporaneamente al di fuori dell'area di servizio del piano o non è ragionevole, dati il momento, il luogo e le circostanze, ottenere tale servizio dai fornitori convenzionati. Esempi di servizi di urgente necessità sono le malattie e le lesioni mediche impreviste o il riacutizzarsi di patologie già esistenti. Le visite mediche di routine necessarie dal punto di vista medico (come le visite di controllo annuali) non sono considerate urgenti anche se si trova al di fuori dell'area di servizio del nostro piano o se la nostra rete del piano è temporaneamente non disponibile.

## **Altri importanti servizi informativi sull'assistenza sanitaria e sulle risorse per i membri**

- **Avviso di disponibilità NOa - Servizi di assistenza linguistica**
- **Informativa sulla privacy NPP**

# Notice of Availability

We offer free interpreter and translation services to help you understand your health or drug plan. This includes support from someone who speaks your language.

We also provide free aids and services—such as sign language interpreters and written materials in alternative formats—to ensure everyone can access the information they need. To request these services, please call Member Services at the number listed on your Member ID card.

## English

**ATTENTION:** If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the Member Services number on the back of your ID card or speak to your provider.

## Spanish

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos para asistirle en su idioma.

También dispone de ayudas y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles.

Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o hable con su proveedor.

## Simplified Chinese

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 ID 卡背面的客户服务号码或咨询您的服务提供商。

## Traditional Chinese

注意：如果您說台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打您 ID 卡背面的會員服務部電話號碼或諮詢您的服務提供者。

## Russian

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также бесплатны. Позвоните по номеру службы поддержки клиентов, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты, или обратитесь к своему поставщику услуг.

## Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nimewo Sèvis Manm ki sou do kat ID ou a oswa pale ak pwofesyonèl swen sante ou a.

## Korean

주의:한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. ID 카드 뒷면에 있는 회원 서비스 번호로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

## Italian

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente strumenti ausiliari e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Si prega di contattare il numero del Servizio per i membri riportato sul retro della propria tessera identificativa o di rivolgersi al proprio fornitore.

## Yiddish

אַכטונג: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פריי פאר דיר. פּאַסיקע אידס און באַדינונגס פֿאַר צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין צוטריטלעך פֿאַרמאַטירונגען זענען אויך פריי בנימצא. רופט דעם מיטגליד באַדינען נומער אין קריק פֿון דיין ID קאַרטל אָדער רעדט מיט דיין צושטעלער.

## Bengali

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। আপনার আইডি কার্ডের পিছনে থাকা সদস্য পরিষেবা নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

## Polish

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer Działu Obsługi Klienta podany na odwrocie Twojej karty identyfikacyjnej lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

## Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات إضافية مناسبة لتوفير المعلومات بصيغ يمكن الوصول إليها من دون أية تكلفة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدون على ظهر بطاقة هويتك أو تحدث إلى مقدم الخدمات.

## French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés sont également mis à votre disposition gratuitement pour vous fournir les informations dans des formats accessibles. Appelez les Services aux adhérents au numéro figurant au dos de votre carte d'adhérent, ou adressez-vous à votre prestataire.

## Urdu

### اردو

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت لسانی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ ممبر سروسز کو اپنے ID کارڈ کی پچھلی جانب موجود نمبر پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

## Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libheng serbisyo ng tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo sa Miyembro sa likod ng ID card mo o makipag-usap sa iyong provider.

## Greek

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε τον αριθμό των υπηρεσιών Μέλους που βρίσκεται στο πίσω μέρος της κάρτας αναγνωριστικού σας ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

## Albanian

VINI RE: Nëse flisni anglisht, shërbimet falas të ndihmës gjuhësore janë të disponueshme për ju. Gjithashtu, disponohen falas ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të aksesueshme. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në

numrin që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit ose flisni me ofruesin tuaj të shërbimit.

### **German**

HINWEIS: Wenn Sie Sprache einfügen sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste für die Übermittlung von Informationen in zugänglicher Form sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer des Mitgliederservices auf der Rückseite Ihres Ausweises an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

### **Pennsylvania Dutch**

GEB ACHT: Wann du Pennsylvanisch Deutsch schwetzsch, Schprooch Hilfe Services sin meeglich mitaus Koscht. Appropriate Auxiliary Aids un Services un Services Information zu gewwe in helfreiche Formats sin aa meeglich mitaus Koscht. Ruf die Member Services Nummer uff die Rickseit vun dei ID Kaart odder Schwetz mit dei Provider.

### **Vietnamese**

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Ngoài ra, chúng tôi còn có các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ khác phù hợp, hoàn toàn miễn phí để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ sử dụng. Vui lòng gọi đến số điện thoại của bộ phận Dịch vụ thành viên có trên mặt sau thẻ ID của quý vị để trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

### **Somali**

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Agabka kaalmaatiga oo sax ah iyo adeegyada xogta ku bixiya qaab la heli karo ayaa sidoo kale lagu heli karaa lacag la'aan. Wac lambarka Adeegyada Macaamiisha ee ku qoran dhabarka danbe ee kaarkaaga aqoonsiga ama la hadal dhakhtarkaaga.

### **Japanese**

注意：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。IDカードの裏面にある会員サービス番号に電話するか、プロバイダーにご相談ください。

### **Ukrainian**

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби й послуги з надання інформації в доступних форматах також пропонуються безкоштовно. Зателефонуйте на номер служби

підтримки учасників, указаний на звороті вашого посвідчення особи, або зверніться до свого постачальника послуг.

### Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți română, aveți la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunt disponibile gratuit ajutoare și servicii auxiliare adecvate pentru furnizarea informațiilor în formate accesibile. Contactați Serviciul pentru Membri la numărul de telefon înscris pe verso-ul cardului de identificare sau adresați-vă furnizorului dumneavoastră.

### Amharic

ማስታወሻ፡ አማርኛ የምናገሩ ከሆነ፣ ገንዘብ ድጋፍ አገልግሎቶች ለእርስዎ ይኖራል። እንዲሁም፣ በሚገኙ ቅርፀቶች መረጃ ለማቅረብ ተገቢ የመረጃ ድጋፎች እና አገልግሎቶች በገንዘብ ድጋፍ። NID ካርድዎ ጀርባ ላይ በለው የአባላት አገልግሎቶች ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

### Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อหมายเลข ฝ่ายบริการสมาชิกที่ระบุไว้ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณหรือพูดคุยกับผู้ให้บริการของคุณ

### Persian

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شماست. همچنین، خدمات کمک‌های لازم برای ارائه اطلاعات به صورت‌های مختلف و قابل دسترسی، به صورت رایگان در اختیار شما قرار می‌گیرد. با شماره خدمات اعضا که پشت کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

### Samoan

FAAMATALAGA: Afai e te tautala faa-Samoa, o loo i ai gagana fesoasoani i gagana e Le totogia mo oe. Fesoasoani fa'aopopo talafeagai ma auunaga ina ia tuuina atu ai faamatalaga e maua i limits e faigofie ona maua o loo maua foi e le totogia. Vala'au le Auunaga a Sui Auai i le numera o i taua o lau ID card pe talanoa i lauvrautua.

### Ilocano

PAKAAMMO: No agsasaoka iti Ilocano, magun-odam dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti format a nalaka a ma-access. Tawagam ti numero ti Serbisio para Kadagiti Miembro iti likudan ti ID card-mo wenno makisaritaka iti provider-mo.

**Gujarati**

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા ID કાર્ડની પાછળ આપેલા સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

**Portuguese**

ATENÇÃO: se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Também estão disponíveis, de forma gratuita, ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para o número dos Serviços de apoio aos membros que se encontra no verso do seu cartão de identificação ou fale com o seu prestador de serviços de saúde.

**Hindi**

ધ્યાન દે: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी नि:शुल्क उपलब्ध हैं। अपने ID कार्ड के पीछे दिए गए सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

**Khmer**

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខសេវាបម្រើសមាជិកនៅខាងក្រោយកាត ID របស់អ្នក ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

**Laotian**

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີບໍລິການສະມາຊິກຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ວິມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

**Karen**

ဟ်သျှ်ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤ ကညီကျိၢ် အယိ, တၢ်အိၣ်ဒီး ကျိၢ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလက်ဘျုးလက်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိၣ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်န့ၢ်ဟူၤပီးလီၤဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအကြးအဘျုး လၢကဟ့ၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢတၢ်မၤန့ၢ်အိၣ်သ့တဖၣ် လၢတလက်ဘျုးလက်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး ကရၢဖိတၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ အလီၤတဲစိနီၣ်ဂံၢ်လၢ အိၣ်ဖဲန့ၢ်အုၣ်သး (ID) ခးက့အလီၤ မ့တမ့ၢ် တဲတၢ်ဒီး ပုၤလၢအဟ့ၣ်န့ၢ်တၢ်ကွၢ်ထွဲန့ၢ် တက့ၢ်.

## Swahili

KUMBUKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa zinapatikana pia bila malipo. Piga simu kwa nambari ya Huduma za Wanachama iliyo nyuma ya kadi yako ya kitambulisho au zungumza na mtoa huduma wako.

## Serbian

PAŽNJA: Ukoliko govorite Srpski, dostupne su vam besplatne usluge jezičke podrške. Dostupne su vam i besplatne odgovarajuće pomoći i usluge za pružanje informacija u formatima za lak pristup.

Pozovite broj za usluge za članove koji se nalazi na poledini vaše ID kartice ili se obratite pružaocu usluge.

## Croatian

PAŽNJA: Ako pričate Hrvatski, na raspolaganju su vam besplatne usluge pomoći za jezik. Odgovarajuća pomoćna sredstva i usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima također su dostupne besplatno.

Nazovite broj Službe za članove na poledini vaše osobne iskaznice ili razgovarajte sa svojim pružateljem usluga.

## Nepali

सावधान: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। ID कार्डको पछाडिपट्टि लेखिएको Member Services नम्बरमा फोन गर्नुहोस्, नभए डाक्टरसँग कुरा गर्नुहोस्।

## Yoruba

ÀKÍYÈSÍ: Bí o bá ní sọ èdè Yorùbá, àwọn isẹ̀ irànlọ̀wọ́ èdè ọ̀fẹ́ wà fún ọ. Àwọn ohun èlò irànlọ̀wọ́ àti àwọn isẹ̀ tó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn ọ̀nà tó rọ̀rùn ló wà lófẹ́ẹ́. Pe nọmbà Àwọn isẹ̀ Ọmọ ẹgbẹ́ tó wà ní ẹ̀yìn káàdì ìdánimọ́ rẹ̀ tàbí bá olùpèsè rẹ̀ sọ̀rọ̀.



# INFORMATIVA SULLE PRATICHE RELATIVE ALLA PRIVACY

**LA PRESENTE INFORMATIVA DESCRIVE COME LE INFORMAZIONI MEDICHE CHE LA RIGUARDANO POSSONO ESSERE UTILIZZATE E DIVULGATE E COME PUÒ AVERE ACCESSO A TALI INFORMAZIONI. SI PREGA DI ESAMINARLA ATTENTAMENTE.**

La presente informativa descrive le pratiche in materia di privacy dei piani sanitari affiliati a Molina Healthcare (di seguito denominati “**Molina**”, “**noi**” o “**nostro**”). Utilizziamo e condividiamo informazioni sanitarie protette (“**PHI**”) su di lei per fornirle le prestazioni sanitarie in qualità di Membro di Molina. Utilizziamo e condividiamo il suo PHI per effettuare operazioni di trattamento, pagamento e assistenza sanitaria. Utilizziamo e condividiamo il suo PHI anche per altri motivi, come consentito e richiesto dalla legge. Abbiamo il dovere di mantenere private le sue informazioni sanitarie e di attenerci ai termini della presente Informativa. La data di entrata in vigore di questa informativa è il 1 gennaio 2026.

Le PHI sono informazioni sanitarie che includono il suo nome, numero di membro o altri identificatori e vengono utilizzate o condivise da noi. Le PHI includono informazioni sanitarie sui disturbi da uso di sostanze e informazioni biometriche (come l’ impronta vocale).

## **Perché Molina utilizza o condivide le sue PHI?**

Utilizziamo o condividiamo le sue PHI per fornirle prestazioni sanitarie. Le sue PHI vengono anche utilizzate o condivise per il trattamento, il pagamento e le operazioni di assistenza sanitaria.

## **Per il trattamento**

Ci riserviamo di utilizzare o condividere le sue PHI per fornirle o organizzare la sua assistenza medica. Questo trattamento include anche le impegnative tra i suoi medici o altri fornitori di assistenza sanitaria. Ad esempio, potremmo condividere informazioni sulle sue condizioni di salute con uno specialista. Questo consente allo specialista di discutere del suo trattamento con il medico.

## **Per il pagamento**

Utilizziamo o condividiamo le PHI per prendere decisioni sul pagamento. Questo può includere richieste di risarcimento, approvazioni di trattamenti e decisioni relative alla necessità di assistenza medica. Il suo nome, la sua condizione, il suo trattamento e le forniture fornite possono essere scritti sulla fattura. Ad esempio, è possibile che venga comunicato a un medico che lei usufruisce delle nostre prestazioni. Inoltre, potremmo comunicare al medico l'importo del conto che pagheremo.

## **Per le operazioni di assistenza sanitaria**

Possiamo utilizzare o condividere le sue PHI per gestire il nostro piano sanitario. Ad esempio, potremmo utilizzare le informazioni contenute nella sua richiesta per informarla di un programma sanitario che potrebbe aiutarla. Possiamo anche utilizzare o condividere le sue PHI per risolvere i suoi problemi. Le sue PHI possono essere utilizzate anche per verificare che i rimborsi siano pagati correttamente.

**Le operazioni di assistenza sanitaria comportano molte esigenze aziendali quotidiane. Esse includono, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quanto segue:**

- Migliorare la qualità;
- Azioni nei programmi sanitari per aiutare i membri con determinate condizioni (come l'asma);
- Condurre o organizzare una revisione medica;
- Servizi legali, inclusi programmi di rilevamento e perseguimento di frodi e abusi;
- Azioni per aiutarci a obbedire alle leggi;
- Rispondere alle esigenze dei membri, compresa la risoluzione di reclami e rimostranze.

Condivideremo le sue PHI con altre società ("soci in affari") che svolgono diversi tipi di attività per il nostro piano sanitario. Possiamo anche utilizzare le sue PHI per fornirle promemoria sui suoi appuntamenti. Possiamo utilizzare le sue PHI per fornirle informazioni su altri trattamenti o altre prestazioni e servizi relativi alla salute.

Quando possiamo utilizzare o condividere le sue PHI senza ottenere un'autorizzazione scritta (approvazione) da parte sua?

Oltre alle operazioni di trattamento, pagamento e assistenza sanitaria, la legge consente o richiede a Molina di utilizzare e condividere le sue PHI per diversi altri scopi, tra cui i seguenti:

### **Richiesto dalla legge**

Utilizzeremo o divideremo le informazioni su di lei come richiesto dalla legge.

Condivideremo le sue PHI quando richiesto dal Segretario del Department of Health and Human Services (HHS). Ciò potrebbe avvenire per una causa in tribunale, per un'altra verifica legale o quando è richiesto per scopi di applicazione della legge.

### **Salute pubblica**

Le sue PHI possono essere utilizzate o condivise per attività di salute pubblica. Ciò può includere l'assistenza alle agenzie per la salute pubblica per prevenire o controllare le malattie.

### **Supervisione dell'assistenza sanitaria**

Le sue PHI possono essere utilizzate o condivise con agenzie governative. Potrebbero aver bisogno delle sue PHI per gli audit.

### **Ricerca**

Le sue PHI possono essere utilizzate o condivise per la ricerca in alcuni casi, ad esempio quando approvate da un comitato di revisione sulla privacy o istituzionale.

### **Procedimenti legali o amministrativi**

Le PHI possono essere utilizzate o condivise per procedimenti legali, ad esempio in risposta a un ordine del tribunale.

### **Forze dell'ordine**

Le sue PHI possono essere utilizzate o condivise con le forze dell'ordine a fini di applicazione della legge, come ad esempio per aiutare a trovare un sospetto, un testimone o una persona scomparsa.

## **Salute e sicurezza**

Le sue PHI potrebbero essere condivise al fine di prevenire una minaccia grave e imminente alla salute o alla sicurezza di una persona o della collettività.

## **Funzioni governative**

Le sue PHI possono essere condivise con le autorità governative per funzioni speciali. Un esempio potrebbe essere quello di proteggere il Presidente.

## **Vittime di abuso, negligenza o violenza domestica**

Le PHI possono essere condivise con le autorità legali se riteniamo che una persona sia vittima di abuso o negligenza.

## **Retribuzione dei lavoratori**

Le PHI possono essere utilizzate o condivise per obbedire alle leggi sulla retribuzione dei lavoratori.

## **Altre divulgazioni**

Le sue PHI possono essere condivise con gli impresari funebri o i medici legali per aiutarli a svolgere il loro lavoro.

## **Ulteriori restrizioni all'uso e alla divulgazione.**

Alcune leggi federali e statali possono richiedere speciali protezioni della privacy che limitano l'uso e la divulgazione di alcuni tipi di informazioni sanitarie. Tali leggi possono proteggere i seguenti tipi di informazioni: disturbi da uso di alcol e sostanze, informazioni biometriche, abuso o abbandono di minori o adulti, compresa la violenza sessuale, malattie trasmissibili, informazioni genetiche, HIV/AIDS, salute mentale, informazioni sui minori, prescrizioni mediche, salute riproduttiva e malattie a trasmissione sessuale. Seguiremo la legge più severa, laddove è a noi applicabile.

## **Informazioni sui disturbi da uso di sostanze (SUD).**

Sebbene non siamo un programma di trattamento dei disturbi da uso di sostanze ai sensi della legge federale (un "Programma SUD"), potremmo ricevere informazioni su di lei da un Programma SUD. Non possiamo divulgare le informazioni SUD per utilizzarle in un procedimento civile, penale, amministrativo o legislativo nei suoi confronti, a meno che non abbiamo (i) il suo consenso scritto, o (ii) un'ordinanza del tribunale accompagnata da una citazione in giudizio o un altro requisito legale che imponga la divulgazione, emessa dopo che noi e lei ne siamo stati informati e abbiamo avuto l'opportunità di essere ascoltati.

## **Quando abbiamo bisogno della sua autorizzazione scritta (approvazione) per utilizzare o condividere le sue PHI?**

Abbiamo bisogno della sua autorizzazione scritta per utilizzare o condividere le sue PHI per scopi diversi da quelli elencati nella presente Informativa. Abbiamo bisogno della sua autorizzazione prima di divulgare le sue PHI per quanto segue: (1) la maggior parte degli utilizzi e delle divulgazioni delle note di psicoterapia; (2) gli utilizzi e le divulgazioni a scopo di marketing; e (3) gli utilizzi e le divulgazioni che comportano la vendita di PHI. È possibile annullare un'approvazione scritta che ci ha dato. La sua cancellazione non si applicherà alle azioni già intraprese da noi a causa dell'approvazione che ci ha già dato.

## Quali sono i suoi diritti in materia di informazioni sanitarie?

Ha il diritto di:

- **Richiedere restrizioni sugli usi o sulle divulgazioni delle PHI (condivisione delle sue PHI)**  
Può chiedere di non condividere le sue PHI per effettuare trattamenti, pagamenti o operazioni di assistenza sanitaria. Può inoltre chiederci di non condividere le sue PHI con familiari, amici o altre persone da lei nominate coinvolte nella sua assistenza sanitaria. Tuttavia, non siamo tenuti ad accettare la sua richiesta. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il nostro modulo per effettuare la richiesta.
- **Richiedere comunicazioni riservate di PHI**  
Può chiedere a Molina di comunicarle le sue PHI in un certo modo o in un certo luogo per essere certi di mantenere private le sue PHI. Seguiremo le richieste ragionevoli, se ci dirà in che modo la condivisione di tutte o parte di tali PHI potrebbe mettere a rischio la sua vita. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il nostro modulo per effettuare la richiesta.
- **Esaminare e copiare le PHI**  
Ha il diritto di rivedere e ottenere una copia delle sue PHI in nostro possesso. Ciò può includere i registri utilizzati per la copertura, le richieste di risarcimento e altre decisioni che la riguardano in qualità di membro. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il nostro modulo per effettuare la richiesta. Potremmo addebitarle una commissione ragionevole per la copia e la spedizione dei registri. In alcuni casi, potremmo negare la richiesta. *Nota importante: Non abbiamo copie complete della sua cartella clinica. Se desidera consultare, ottenere una copia o modificare le sue cartelle cliniche, la preghiamo di contattare il suo medico o la sua clinica.*
- **Modificare le PHI**  
Può chiederci di modificare (cambiare) le sue PHI. Ciò riguarda solo i registri da noi conservati su di lei come Membro. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il nostro modulo per effettuare la richiesta. Può presentare una lettera di disaccordo in caso di rifiuto della richiesta.
- **Ricevere un elenco delle divulgazioni delle PHI (condivisione delle PHI)**  
Può chiedere di ricevere un elenco di alcune parti con cui abbiamo condiviso le sue PHI nei sei anni precedenti la data della richiesta. L'elenco non includerà le PHI condivise come segue:
  - per il trattamento, il pagamento o le operazioni di assistenza sanitaria;
  - alle persone in merito alle loro stesse PHI;
  - condivisione effettuata con la sua autorizzazione;
  - in relazione a un uso o a una divulgazione altrimenti consentiti o richiesti dalla legge applicabile;
  - PHI rilasciate nell'interesse della sicurezza nazionale o per scopi di intelligence; oppure
  - come parte di un insieme limitato di dati in conformità alla legge applicabile.

Addebiteremo una commissione ragionevole per ciascun elenco se lo richiede più di una volta in un periodo di 12 mesi. Dovrà presentare la sua richiesta per iscritto. Può utilizzare il nostro modulo per effettuare la richiesta.

Può effettuare una qualsiasi delle richieste sopra elencate, oppure può ottenere una copia cartacea di questo avviso. Chiami il Servizio per i Membri al numero gratuito indicato sul retro della tessera identificativa, 7 giorni su 7, dalle 8 a.m. alle 8 p.m., ora locale. Gli utenti TTY/TDD sono pregati di chiamare il 711.

### **Cosa può fare se i suoi diritti non sono stati tutelati?**

Se ritiene che i suoi diritti in materia di privacy siano stati violati, può presentarci un reclamo a Molina e al Department of Health and Human Services. Non faremo nulla contro di lei per aver presentato un reclamo. Le sue cure e le sue prestazioni non cambieranno in alcun modo.

#### *Può presentare un reclamo all'indirizzo:*

Chiami il Servizio per i Membri al numero gratuito indicato sul retro della tessera identificativa, 7 giorni su 7, dalle 8 a.m. alle 8 p.m., ora locale. Gli utenti TTY/TDD sono pregati di chiamare il 711. Oppure può scriverci a:

Molina Healthcare  
Attn: Appeals and Grievances  
P.O. Box 22816  
Long Beach, CA 90801-9977

#### *Può presentare un reclamo al Secretary of U.S. Department of Health and Human Services all'indirizzo:*

U.S. Department of Health & Human Services - Office for Civil Rights  
200 Independence Ave., S.W. Suite 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201  
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (FAX)

### **Quali sono i nostri compiti?**

Siamo tenuti a:

- Mantenere private le sue PHI;
- Fornirle informazioni scritte come questa sui nostri doveri e sulle pratiche sulla privacy relative alle sue PHI;
- Fornirle un avviso in caso di violazione delle sue PHI non protette;
- Non utilizzare o divulgare le sue informazioni genetiche a fini di sottoscrizione;
- Attenersi ai termini di questo avviso.

### **Questo avviso è soggetto a modifiche**

**Ci riserviamo il diritto di modificare le pratiche informative e i termini della presente Informativa in qualsiasi momento. Qualora lo facessimo, nuovi termini e pratiche si applicheranno a tutte le PHI che conserviamo. Se apportiamo modifiche sostanziali, pubblicheremo l'Informativa rivisto sul nostro sito Web e invierà l'Informativa rivista, o le informazioni sulla modifica sostanziale e su come ottenere l'Informativa rivista, nella nostra prossima mailing annuale ai nostri membri allora da noi coperti. La presente informativa è disponibile sul nostro sito web all'indirizzo [MolinaHealthcare.com](http://MolinaHealthcare.com).**

**Informazioni su come contattarci**

In caso di domande su questa Informativa, la invitiamo a contattarci.

Chiami il Servizio per i Membri al numero gratuito indicato sul retro della tessera identificativa, 7 giorni su 7, dalle 8 a.m. alle 8 p.m., ora locale. Gli utenti TTY/TDD sono pregati di chiamare il 711. Oppure scriva al Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

È possibile ottenere questo documento gratuitamente in altri formati, come a caratteri grandi, braille o audio. Chiami il numero (855) 882-3901, per gli utenti TTY/TDD: 711, 7 giorni su 7, dalle 8 a.m. alle 8 p.m., ora locale. La chiamata è gratuita.

## Servizio per i Membri di Senior Whole Health of New York NHC

Metodo	Servizio per i Membri – Informazioni di contatto
<b>CHIAMI</b>	(833) 671-0440  Le chiamate a questo numero sono gratuite. Orari: 1 ottobre-31 marzo, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale, 7 giorni su 7; 1 aprile-30 settembre, dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale.  Il Servizio dei Membri al numero (833) 671-0440 (gli utenti TTY possono chiamare il 711) offre anche servizi di interpretariato gratuiti disponibili per chi non parla inglese.
<b>TTY</b>	711  Questo numero richiede apparecchiature telefoniche speciali ed è solo per le persone che hanno difficoltà di udito o di parola.  Le chiamate a questo numero sono gratuite. Orari: 1 ottobre-31 marzo, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale, 7 giorni su 7; 1 aprile-30 settembre, dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. ora locale.
<b>FAX</b>	(310) 507-6186
<b>SCRIVA A</b>	Senior Whole Health of New York All'attenzione di: Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
<b>SITO WEB</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

Il programma Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (**SHIP** di New York) è un programma statale che riceve denaro dal governo federale per fornire consulenza gratuita sull'assicurazione sanitaria locale alle persone con Medicare.

Metodo	Informazioni su come contattarci
<b>CHIAMI</b>	(800) 701-0501 Dal lunedì al venerdì, dalle 8:30 a.m. alle 5 p.m. ora locale.
<b>SCRIVA A</b>	New York State Office for the Aging (NYSOFA) 2 Empire State Plaza, Agency Building #2 Albany, New York 12223-1251
<b>SITO WEB</b>	<a href="https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap">https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap</a>

**Dichiarazione di divulgazione PRA** Secondo il Paperwork Reduction Act del 1995, nessuno è tenuto a rispondere a una raccolta di informazioni a meno che non abbia un numero di controllo OMB valido. Il numero di controllo OMB valido per questa raccolta di informazioni è 0938-1051. In caso di commenti o suggerimenti per migliorare questo modulo, scrivere a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.